

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

Année 1995

Thèse n° 114



LE SUJET AGE
DANS LES ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

THESE

pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 10 Mars 1995

PAR

Nathalie DELATTRE épouse MARIAGE
née le 31 Juillet 1960 à S^t OMER (Pas-de-Calais)

EXAMINATEURS DE LA THESE

- M. le Professeur J-M LEGER - Président
M. le Professeur M. DUMAS - Juge
M. le Professeur D. DUMONT - Juge
M. le Professeur R. GAROUX - Juge
M. le Docteur J-F THERME - Membre invité

ex: 2

Sibil:

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

Année 1995



Thèse n° 144

**LE SUJET AGE
DANS LES ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES**

THESE

pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 10 Mars 1995

PAR

Nathalie DELATTRE épouse MARIAGE

née le 31 Juillet 1960 à S^t OMER (Pas-de-Calais)

EXAMINATEURS DE LA THESE

- M. le Professeur J-M LEGER - Président
M. le Professeur M. DUMAS - Juge
M. le Professeur D. DUMONT - Juge
M. le Professeur R. GAROUX - Juge
M. le Docteur J-F THERME - Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE: Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESSEURS: Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude
Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE B
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique (C.S)	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien (C.S)	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERNARD Philippe	DERMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S)	PEDIATRIE
BOUQUIER Jean-José	CLINIQUE DE PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
BRETON Jean-Christian (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CAIX Michel	ANATOMIE
CATANZANO Gilbert (C.S)	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
CHASSAIN Albert	PHYSIOLOGIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE,
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (C.S)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GERMOUTY Jean	PATHOLOGIE MEDICALE ET RESPIRATOIRE
HUGON Jacques	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
LABROUSSE Claude (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE François	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LAUBIE Bernard (C.S)	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
LEGER Jean-Marie (C.S)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
LIOZON Frédéric	CLINIQUE MEDICALE A
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
OUTREQUIN Gérard	ANATOMIE
PECOUT Claude (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PERDRISOT Rémy	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PILLEGAND Bernard (C.S)	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
PIVA Claude (C.S)	MEDECINE LEGALE
PRALORAN Vincent (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
RAVON Robert (C.S)	NEUROCHIRURGIE
RIGAUD Michel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROUSSEAU Jacques (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SAUTEREAU Denis	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
TABASTE Jean-Louis (C.S)	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
TREVES Richard (C.S)	THERAPEUTIQUE
VALLAT Jean-Michel	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

MOULIN Jean-Louis

3ème CYCLE DE MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

* C.S = Chef de Service

A Nicolas, Paul et Julie, affectueusement.

A Eric, pour ses encouragements, son soutien efficace et sa patience... Avec tout mon amour.

A Christiane et Jean-Pierre, pour leur soutien logistique... Amitiés

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur J.M.LEGER
Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de service

Vous nous avez proposé le sujet de cette thèse. Vous nous faites le grand honneur d'en présider le jury. Nous vous témoignons à cette occasion notre profonde reconnaissance. Veuillez trouver ici l'assurance de notre respectueuse considération.

A notre jury

Monsieur le Professeur M.DUMAS
Professeur des Universités de Neurologie
Médecin des Hôpitaux
Chef de service

Vous avez accepté avec gentillesse de juger ce travail. Nous vous témoignons ici toute notre gratitude.

Monsieur le Professeur D.DUMONT
Professeur des Universités de Médecine du Travail
Médecin des Hôpitaux

Vous avez accepté très aimablement de siéger à notre jury. Veuillez croire à nos plus vifs remerciements.

Monsieur le Professeur R.GAROUX
Professeur des Universités de Pédopsychiatrie
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de service

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez croire à notre sincère gratitude.

Monsieur le Docteur J.F.THERME
Chef de Clinique du service hospitalo-universitaire de Psychiatrie Adultes
Assistant des Hôpitaux

Vos travaux ont été pour moi source de réflexions. Soyez-en remercié.

PLAN

I. INTRODUCTION

II. PRESENTATION DES ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

- A. Naissance des Annales Médico-Psychologiques
- B. Naissance de la Société Médico-Psychologique.
- C. Les Annales et la Société Médico-Psychologiques au cours de l'Histoire
- D. Les Annales Médico-Psychologiques et le sujet âgé.

III. - PREMIERE PERIODE : 1843 - 1950

- A. Milieu et fin du XIX siècle
 - 1. Rappel historique
 - 2. Le sujet âgé dans les Annales Médico-Psychologiques à cette époque.
- B. Les Annales Médico-Psychologiques durant la première moitié du XXe siècle.
 - 1. Rappel historique
 - 2. Le sujet âgé dans les Annales Médico-Psychologiques à cette époque

IV. - SECONDE PERIODE : 1950 A NOS JOURS

- A. Le sujet âgé dans les Annales Médico-Psychologiques de 1950 à 1960
- B. Le sujet âgé dans les Annales Médico-Psychologiques de 1960 à nos jours.

V. - ANALYSE STATISTIQUE

- A. Les mémoires originaux et communications de la Société Médico-Psychologique.
- B. La revue de presse
- C. Etude comparative.
 - 1. Etude comparée avec la revue de presse des Annales Médico-Psychologiques.
 - 2. Etude comparée avec les mémoires originaux et les communications de la Société Médico-Psychologique.

VI. - CONCLUSIONS

I. INTRODUCTION

I. - INTRODUCTION

Le vieillissement de la population constitue un problème majeur de société dans la plupart des pays développés. En France, au début des années 1990, les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient environ 20% de la population totale, tout comme les personnes de moins de 15 ans. Cette évolution démographique est la conséquence:

- d'une baisse de la mortalité, dont le niveau actuel est de 9,2 pour 1000/an. L'espérance de vie, calculée en fonction des conditions de mortalité du moment, est de 73,3 ans pour les hommes et 81,5 ans pour les femmes. Actuellement, la moitié d'une génération vit toujours à 75 ans. (Au 18^{ème} siècle, la moitié d'une génération disparaissait avant l'âge de 5 ans.)
- d'une baisse de la natalité et de la fécondité. Le taux de natalité actuel est de 12 naissances/1000 habitants. L'indicateur conjoncturel de fécondité était de 1,65 enfant/femme en 1993. La descendance finale moyenne des femmes était de 2,04 en 1990, soit le minimum nécessaire au renouvellement d'une génération.

Les projections démographiques, établies par l'I.N.S.E.E et l'I.N.E.D pour la France, concluent à une accentuation du vieillissement de la population, et ce quelle que soit l'hypothèse de fécondité retenue. L'espérance de vie des femmes atteindrait 86 ans, celle des hommes 78 ans en 2001. Elle passerait à 90 ans pour les femmes et 82 ans pour les hommes en 2050.

D'autre part, au sein même du groupe des personnes âgées, on constate un net vieillissement, les personnes âgées de plus de 75 ans augmentant beaucoup plus rapidement que les personnes âgées dans leur ensemble.

Le second fait marquant est la surféminisation de cette population, surféminisation augmentant avec l'âge. Au delà de 85 ans, on compte 73% de femmes.

Enfin, on observe une très grande hétérogénéité du groupe des personnes âgées. Cette disparité est liée à l'âge, au sexe, au passé professionnel, à la situation matrimoniale, domestique, à des facteurs géographiques.

Les répercussions de cette évolution démographique sont énormes dans tous les domaines. Dès lors, on comprend facilement la place occupée de nos jours par la gériatrie au sein des autres spécialités médicales.

La sénescence est un processus évolutif, naturel, physiologique qui entraîne des modifications morphologiques, physiobiologiques et psychologiques dont la connaissance est désormais indispensable à tout praticien. Les aspects fondamentaux, pathologiques, thérapeutiques, la prévention dans ce domaine correspondent à une réalité quotidienne pour les médecins généralistes en particulier. Chez la personne âgée, l'étroite intrication entre somatique et psychique conditionne totalement la prise en charge. La spécificité des troubles psychiques survenant au cours du vieillissement a fait de la psychogériatrie une discipline à part entière, fondée sur une approche globale du sujet âgé dans ses composantes biologiques et psychologiques en interaction constante avec l'environnement.

Pour bien comprendre les aspects de la psychogériatrie contemporaine, il nous a paru intéressant d'en retracer l'historique. Pour cela, nous avons fait le choix de nous appuyer sur une revue de référence, en l'occurrence les Annales Médico-Psychologiques. Ces dernières, considérées par beaucoup comme une véritable encyclopédie de la psychiatrie, nous ont paru riches d'enseignements, à la fois par le nombre de travaux spécifiques publiés dans le cadre de la revue et par l'importance de la revue de presse internationale permettant de ne pas limiter les points de vue à ceux des seules Ecoles françaises.

Au delà des aspects généraux de l'histoire de la psychogériatrie, il est apparu que les Annales Médico-Psychologiques représentaient par ailleurs un courant de pensée particulier dans ce domaine. C'est pourquoi nous avons effectué une analyse statistique portant sur le nombre d'articles publiés, les thèmes abordés, les auteurs prépondérants, à la fois dans les Annales Médico-Psychologiques et dans la revue de presse.

Une étude comparative avec un historique des Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, étroitement liés aux Annales Médico-Psychologiques, a permis de tester la validité de notre étude.

II. PRESENTATION DES ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

II. - PRESENTATION DES ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

A. - Naissance des Annales Médico-Psychologiques

En Janvier 1843 paraît à Paris, chez FORTIN, MASSON et Cie, le premier numéro des Annales Médico-Psychologiques, "Journal de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie du Système Nerveux, destiné particulièrement à recueillir tous les documents relatifs à la science des rapports du physique et du moral, à la pathologie mentale, à la médecine légale des aliénés et à la clinique des névroses." L'idée d'un journal exclusivement consacré à l'aliénation mentale avait probablement été déjà émise par PINEL et ESQUIROL. Mais c'est deux ans après la mort de ce dernier que son disciple Jules BAILLARGER, clinicien et anatomo-pathologiste (1809 - 1891), Laurent-Alexis Philibert CERISE, moraliste, psychologue et philosophe (1807 - 1869) et LONGET, physiologiste mort en 1871, fondent les Annales Médico-Psychologiques. Un an plus tard paraissent en Allemagne le Journal Général pour la Psychiatrie et la Médecine Psycho-Légale ("Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin") et aux Etats Unis l'"American Journal of Insanity". On peut donc dire que BAILLARGER, CERISE et LONGET font figure de précurseurs dans le domaine de la presse psychiatrique.

Le programme des Annales Médico-Psychologiques, exposé par CERISE /1/ (du moins on le suppose car l'article n'est pas signé) dans son "Introduction" est le suivant: associer les études sur la pathologie mentale aux travaux sur le système nerveux, que ce soit dans les domaines de l'anatomie, de la physiologie ou de la pathologie, c'est à dire "faire converger toutes les recherches spéciales vers la solution des problèmes médico-psychologiques". L'esprit d'ouverture, la volonté de multi-disciplinarité caractérisent donc ce programme.

Compte tenu de la complexité de la "science des rapports du physique et du moral", les Annales Médico-Psychologiques comportent trois classes de travaux: les généralités médico-psychologiques, l'anatomie et la physiologie et enfin la pathologie.

A propos des généralités médico-psychologiques, CERISE tient à souligner la distance qu'il convient de prendre vis à vis de la philosophie, et ce au profit de l'observation. Toute théorie dans ce domaine doit être conçue dans un but "pratique, médical, positif et nettement déterminé". La prise en compte des données historiques doit permettre d'éviter les erreurs méthodologiques commises

dans le passé. Enfin, les doctrines les plus opposées trouveront écho dans la revue, en particulier l'école spiritualiste et l'école matérialiste (ou vitaliste) qui s'affrontent à cette époque, dans le souci du respect des autres.

Concernant l'anatomie et la physiologie du système nerveux, l'importance de l'observation, l'enseignement tiré de l'Histoire et la recherche d'une application pratique dans le domaine de la pathologie mentale sont également de mise. Les théories phrénologiques, dépassées et surtout combattues par CERISE, font place à la recherche des différentes "connexions fonctionnelles".

La pathologie du système nerveux est consacrée à l'aliénation mentale et à la médecine légale des aliénés, aux névroses et aux diverses altérations organiques du système nerveux.

La science de l'aliénation mentale, discipline récente en France comme le rappelle CERISE, repose avant tout sur une bonne méthode d'observation. Celle-ci doit permettre d'établir une nosologie précise, de confirmer ou non les hypothèses avancées par des écoles très différentes (organiciste, spiritualiste, vitaliste), et d'élaborer de nouvelles théories et thérapeutiques. Les Annales Médico-Psychologiques présentent donc essentiellement des monographies comportant une observation clinique détaillée.

La médecine légale des aliénés, plus affaire de cas particuliers que de règles générales, se base sur la discussion des rapports judiciaires renfermant des enseignements utiles.

Les névroses, étroitement liées à l'aliénation mentale, ont une place particulière dans les Annales Médico-Psychologiques. Leur pathogénie intriquée échappant à toutes les doctrines existantes, elles nécessitent plus que toute autre une observation approfondie des phénomènes, de leur coordination, de leur succession, de leurs rapports et caractères dominants.

Enfin, les affections organiques du système nerveux, de mieux en mieux connues grâce aux progrès de la physiologie expérimentale et de l'anatomie pathologique, sont décrites avec précision.

B. - Naissance de la Société Médico-Psychologique.

Fondée en 1848 à l'initiative de BAILLARGER, la Société Médico-Psychologique présente un vaste programme concernant :

- la pathologie mentale et la pathologie du système nerveux.
- l'anatomie et la physiologie du système nerveux (l'anatomie pathologique est ajoutée en 1852).
- L'hygiène morale, l'éducation ou la prophylaxie de l'aliénation mentale et des névroses, l'hygiène pénitentiaire, les études historiques sur les maladies de la sensibilité et de l'intelligence.
- l'administration, la médecine légale, la jurisprudence et les statistiques.
- la philosophie, la physiologie psychologique, l'ethnologie, l'histoire dans leurs relations avec les sciences des rapports du physique et du moral.
- l'étude de la science des rapports du physique et du moral est rajoutée en 1852.

En raison des évènements de 1848, il faut attendre le 26/04/1852 pour assister à la première séance de la Société, reconnue d'utilité publique le 11/12/1867. Les membres sont au nombre de 30 au moment de la fondation (300 en 1902, 448 dont 191 membres étrangers en 1939). Ce sont des physiologistes, des administrateurs, des érudits, des jurisconsultes, des moralistes, des philosophes, des ministres de la religion, des historiens, des instituteurs, des poètes, des penseurs, des écrivains, des cliniciens, des psychologues. Cette diversité de tendances scientifiques posera quelques problèmes, méthodes et doctrines différentes s'opposant parfois violemment, les métaphysiciens critiquant l'observation clinique et l'anatomie pathologique. Peu à peu, la Société Médico-Psychologique va cependant devenir une Société essentiellement clinique dont les travaux seront bien sûr communiqués dans les Annales Médico-Psychologiques. Elle est par ailleurs à l'origine du premier Congrès Aliéniste International présidé par P.JANET les 10,12 et 14/08/1867 pendant l'Exposition Universelle à Paris. Pour diverses raisons, le deuxième Congrès présidé par J.BAILLARGER n'eut lieu qu'en 1878, du 5 au 10/08 à l'occasion d'une nouvelle Exposition Universelle. Le troisième Congrès présidé par J.FALRET eut lieu en 1889 et ses différents rapports figurèrent dans les Annales Médico-Psychologiques. A partir de 1890 furent organisés les "Congrès annuels des médecins aliénistes" devenus "Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française" en 1894, actuels "Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française".

C. - Les Annales et la Société Médico-Psychologiques au cours de l'Histoire.

Comme le rappelle René CHARPENTIER /2/ dans son mémoire intitulé "le centenaire des Annales Médico-Psychologiques", il n'est aucune des grandes questions de la psychiatrie qui n'ait été longuement discutée au cours des séances de la Société Médico-Psychologique. Les Annales Médico-Psychologiques témoignent fidèlement de ces discussions dont certaines, mémorables, ont concerné:

- l'influence de la civilisation sur la folie (4 séances en 1852)
- la monomanie (9 séances en 1853 - 1854)
- les hallucinations (10 séances en 1855 - 1856)
- les folies sympathiques (5 séances en 1856 - 1857)
- la paralysie générale (26 séances entre 1858 et 1898)
- la classification des maladies mentales (8 séances en 1860)
- la folie raisonnante (12 séances en 1866 - 1867)
- la folie avec conscience (6 séances en 1870)
- l'épilepsie larvée (7 séances en 1872 - 1873)
- les signes physiques de la folie (10 séances en 1885 - 1886)
- le délire chronique (14 séances entre 1886 et 1888)

Les noms les plus prestigieux de la neuro-psychiatrie française sont retrouvés dans les différents bulletins de la Société: BAILLARGER, CERISE, GERDY, FERRUS, ARCHAMBAULT, DELASIAUVE, MOREL, RITTI, DE CASTELNAU, MOREAU DE TOURS, BRIERRE DE BOISMONT, FOVILLE, LASEGUE, BALLET, FALRET, MAGNAN, LEGRAND DU SAULLE et beaucoup d'autres...

L'évolution de la thérapeutique va également se refléter au travers des Annales Médico-Psychologiques, depuis le Bromure de Potassium présenté en 1867 jusqu'aux neuroleptiques qui marquent le début d'une ère nouvelle en 1952.

Les méthodes appliquées aux aliénés (alimentation forcée, camisole de force, sorties provisoires, colonies d'aliénés) soulèvent de vastes débats au sein de la Société Médico-Psychologique.

Les Annales et la Société Médico-Psychologique ne connaissent un ralentissement ou une interruption de leur activité que lors des grands conflits historiques:

- en 1848: paraissent seulement 2 volumes des Annales

- en 1870 et 1871: paraissent également 2 volumes, et les séances de la Société Médico-Psychologique sont interrompues du 26/10/1870 au 27/03/1871.
- entre 1914 et 1918: 1 seul volume paraît par année jusqu'en 1917 et la Société Médico-Psychologique suspend ses séances d'Août 1914 au 27/03/1916.
- entre 1939 et 1945: le nombre de pages diminue. La séance du 24/06/1940 est annulée. Les Annales sont imprimées en zone libre mais reçoivent quand même les compte-rendus des séances de la Société Médico-Psychologique, avec du retard.

Tous ces événements seront à l'origine de plusieurs discussions sur la pathologie mentale liée à la guerre.

Après la seconde guerre mondiale, la psychiatrie française connaît de grands bouleversements. La législation, les institutions, les connaissances, les thérapeutiques évoluent considérablement. L'avènement de la psychanalyse, les progrès des sciences et techniques, la richesse des courants de pensée sont autant de nouveautés dont la Société Médico-Psychologique doit débattre sans oublier sa vocation essentielle de Société clinique, humaniste et libérale ainsi que la caractérise P.MARCHAIS dans l'une des communications célébrant le cent cinquantième des Annales Médico-Psychologiques. Ces dernières constituent donc à elles seules une véritable encyclopédie de la psychiatrie.

Actuellement, le rythme de parution est de 10 numéros par an, comportant tous mémoires, analyses de livres et d'articles français et étrangers, bulletins de la Société Médico-Psychologique et annonces, répertoriés dans diverses banques de données.

D. - Les Annales Médico-Psychologiques et le sujet âgé.

A travers ces deux spécialités initialement confondues que sont la neurologie et la psychiatrie, les Annales Médico-Psychologiques vont nous permettre d'assister à la naissance du concept de psychogériatrie.

De l'étude de tous les travaux consacrés au sujet âgé dans les Annales ressortent deux périodes essentielles de durées inégales:

- Une première période de 1843 à 1950, où la notion de démence, unique pathologie sénile, va s'affiner et s'enrichir progressivement des autres troubles du comportement (névroses, syndrômes dépressifs, psychoses, délires tardifs, troubles du caractère). Cette élaboration de la nosologie psychogériatrique va de pair avec les progrès scientifiques considérables de l'époque.
- Une seconde période, de 1950 à nos jours, où l'aspect thérapeutique des troubles psychiques du sujet âgé se transforme radicalement avec l'arrivée des psychotropes, et où la prévention dans le cadre d'une véritable politique de la vieillesse, impose l'abord de la personne âgée dans ses trois dimensions: organique, psychologique et écologique (ou sociale).

Nous envisagerons donc successivement ces deux grandes périodes dans l'étude qui suit, puis nous procéderons à une analyse statistique des articles originaux et communications de la Société Médico-Psychologique d'une part, de la revue de presse d'autre part.

III. - PREMIERE PERIODE : 1843 - 1950

III. - PREMIERE PERIODE : 1843 - 1950

A. - Milieu et fin du XIX siècle

1. - Rappel historique

Au XIX^e siècle, la médecine renonce progressivement et définitivement à se rattacher à la philosophie. Elle s'éloigne de l'abstraction pour se consacrer à l'observation, aux faits et aux sciences dites "exactes". Les médecins du début de ce siècle se passionnent pour le diagnostic, pour la prévention, négligeant la thérapeutique. La médecine anatomo-clinique se développe, de même que la physiologie dont l'un des plus célèbres représentants est Claude BERNARD, inventeur du concept de fonction.

Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, on assiste à l'émergence de la chimie et par suite de la biochimie, de la physique dont les applications dans le domaine médical seront multiples: ophtalmoscope, laryngoscope, électrocardiographe, sphymomanomètre, pour ne citer que les applications instrumentales. L'utilisation du microscope devenue courante, l'anatomie pathologique, d'abord macroscopique, devient microscopique, et l'on passe de l'histologie à la cytologie. Virchow et sa théorie cellulaire en sont l'illustration.

La bactériologie, découverte et développée par Pasteur en particulier, fait un bond spectaculaire en 40 ans, de 1870 à 1910, de même que la parasitologie.

Les diverses spécialités s'individualisent : ophtalmologie, dermatologie, médecine infantile, urologie, médecine physique ou physiothérapie, gynécologie, obstétrique, orthopédie, oto-rhino-laryngologie.

Le terme de neurologie ne figure pas dans le dictionnaire de Littré (1863-1873) qui ne connaît que la névrologie, définie comme cette "partie de l'anatomie qui traite des nerfs". En fait, le neurone n'apparaît dans la littérature qu'à la fin du XIX^e siècle et la neurologie ne constitue une science vraiment autonome qu'à cette époque. L'American Neurological Association est créée en 1875.

En 1879, le BRAIN est le premier Journal of Neurology.

En 1882, CHARCOT est le premier titulaire d'une chaire de maladies nerveuses, et le premier numéro de la Revue Neurologique paraît en 1893.

La seconde moitié du XIX^e siècle, augurant l'émergence de la spécialité neurologique, voit la progression spectaculaire de la neuro-anatomie et de la neuro-physiologie, grâce aux progrès techniques et à l'amélioration des microscopes : travaux de GOLGI (imprégnations argentiques), WALLER (dégénérescence Wallérienne), VIRCHOW, RAMON Y CAJAL (théorie du neurone), BROWN - SEQUARD (physiologie des racines), Marshall HALL qui démontre "l'action réflexe" et isole les trois éléments de l'arc réflexe, SHERRINGTON et ses travaux sur la rigidité de décérébration, Claude BERNARD pour l'étude du système nerveux autonome.

L'électrophysiologie se développe avec l'individualisation du neurone. La synapse est découverte ainsi que son mode de transmission.

L'étude des fonctions cérébrales est marquée par les travaux de BROCA, JACKSON, DEJERINE pour n'en citer que quelques uns. Ces travaux, bien que s'en inspirant parfois, remettent en cause les conceptions phrénologiques de Gall selon lesquelles chaque zone de la surface du cerveau correspond à une faculté psychologique précise (instinct de procréation, amour maternel, goût pour les rixes, talent poétique etc...), et la conformation du crâne à des aptitudes intellectuelles particulières du sujet.

Les fondateurs de la neurologie moderne, tels ROMBERG, DUCHENNE, CHARCOT, JACKSON, vont utiliser ces découvertes et donner une forte impulsion à cette discipline.

Le XIX^e siècle voit également naître et se développer la psychiatrie, parallèlement à la neurologie. En France, PINEL (1745 - 1826), souvent considéré comme le fondateur de la psychiatrie moderne, et son disciple ESQUIROL sont à l'origine d'un mouvement puissant dont l'orientation clinique permet la description de divers syndromes mentaux: la manie (PINEL), la mélancolie ou lypémanie (ESQUIROL), la folie à double forme (BAILLARGER), les hallucinations et délires hallucinatoires (LASEGUE - FALRET), les folies lucides (TRELAT), les persécutés-persécuteurs (FALRET-ARNAUD), les délires d'interprétation (SERIEUX-CAPGRAS), la confusion mentale, le délire onirique (REGIS).

De nouvelles entités apparaissent telles que la paralysie générale, décrite pour la première fois par A.L.J BAYLE en 1822, dont l'histoire va ressembler à une épopée tant elle tient une place "épique" dans l'évolution de la psychiatrie durant le XIX^e siècle. Cette maladie neuropsychiatrique, illustration parfaite de la forte intrication des spécialités neurologique et psychiatrique à leur origine, peu d'années après sa découverte, va en effet faire basculer la psychiatrie morale

(psychogénétique) de PINEL et ESQUIROL, vers une psychiatrie organo-génétique (MOREAU DE TOURS).

Une mention spéciale doit être attribuée à la théorie de la dégénérescence de MOREL, théorie à laquelle adhèrent MOREAU DE TOURS, KORSAKOFF et de nombreux autres scientifiques. Les dégénérés, porteurs d'une tare héréditaire ou congénitale, physique, mentale ou même morale sont intégrés dans une longue liste de maladies sans recours thérapeutique (exemple : les porteurs de maladies vénériennes et leurs enfants). L'alcoolisme relevant de la dégénérescence selon cette théorie, on assiste à une croisade anti-alcoolique d'inspiration religieuse menée notamment par MAGNAN, disciple de MOREL.

Les névroses, ne provoquant pas l'"aliénation", sont souvent étudiées par des médecins non aliénistes. Ainsi J.M.CHARCOT, dont les travaux sur l'hystérie ont marqué l'histoire de la psychiatrie, a largement influencé les oeuvres de S.FREUD, médecin et neuropathologue, et de P.JANET, philosophe, sur la psychopathologie des névroses.

L'Ecole allemande, initialement "psychologiste", fortement liée au mouvement romantique, à la philosophie, à la littérature et à la peinture, va se transformer progressivement sous l'influence des "somatistes" dont l'héritier, W.GRIESINGER, va permettre la naissance et l'établissement définitif de la psychiatrie médicale empirique dans son pays. L'Ecole allemande va supplanter l'Ecole française à la fin du XIXe siècle. Elle comporte deux tendances:

- La "Gehirnpathologie", inaugurée par WESTPHAL, puis incarnée par MEYNERT et WERNICKE, mettant l'accent sur l'anatomie et la physiologie nerveuses. Cette tendance inspirera l'Ecole psychiatrique russe représentée à ses débuts par KORSAKOV et PAVLOV.
- L'approche empirique des malades et de leurs symptômes, inaugurée par K.L.KAHLBAUM qui, s'inspirant de modèles français, ouvre la voie de la nosologie clinique moderne. Cette dernière est sans conteste marquée du sceau de KRAEPELIN à l'origine des concepts de Dementia praecox, de Catatonie et de Dementia paranoïdes en 1893, concepts voués à une constante évolution aboutissant, entre autres, à l'individualisation de la "folie maniaque-dépressive".

L'Ecole psychiatrique anglaise, quant à elle, n'occupe qu'une place modeste à cette époque. H.MAUDSLEY, le psychiatre anglais le plus connu sur le plan

international à la fin du XIX^e siècle, se distingue plus par l'orientation qu'il donne à la psychiatrie de son pays que par des points de vue originaux. La Grande-Bretagne fournit cependant de grands noms à la Science, qui marqueront l'histoire de la médecine: DARWIN et SPENCER, à l'origine de la pensée évolutionniste, GALTON, père de la psychologie différentielle et dans une certaine mesure de la psychopathologie quantitative s'appuyant sur les "mental tests". L'apport des statistiques influencera notablement la recherche médicale anglaise, et par là-même américaine, dans le choix préférentiel des sujets (épidémiologie par exemple) et la méthodologie.

Le centre du développement de la médecine mentale se situe donc en Europe occidentale, les autres pays n'apportant que des contributions secondaires.

La gériatrie, quant à elle, devra attendre le XX^e siècle pour voir le jour. Les ouvrages réservés à la pathologie de la vieillesse sont rares au XIX^e siècle, et souvent l'oeuvre des médecins attachés à l'hospice de la Salpêtrière. Les "études et leçons cliniques sur les maladies des vieillards" de Jean Martin CHARCOT, publiées en 1868, font figure de références pour l'époque. Peu à peu, les manuels médicaux s'ouvrent à la pathologie du sujet âgé, et les Annales Médico-Psychologiques reflètent parfaitement le point de vue des aliénistes et des neurologues dans ce domaine.

2. - Le sujet âgé dans les Annales Médico-Psychologiques à cette époque.

En 1843, le premier article faisant allusion au sujet âgé concerne les différentes phases de l'entendement au cours de la vie /3/. Le vieillard y est décrit comme respectable : modéré, prudent, sage, courageux. Son jugement est conservé grâce au fruit de son expérience et à l'extinction de ses passions. L'auteur note cependant une altération de la mémoire des faits récents puis, embarrassé, en vient aux "faiblesses" de la vieillesse : l'humeur est triste et chagrine, le vieillard est irritable, impatient, parfois coupable de libertinage, dépravation, égoïsme, cupidité, avarice, orgueil.

Autant de valeurs morales qui s'attachent à la vieillesse et dénotent le caractère peu scientifique de cette analyse.

Le vieillard dément, lui, est décrit en état de décadence incurable, "abaissé au dessous de la brute". Il n'est donc plus tout à fait humain, plus respectable. La

démence, seule pathologie psychiatrique reconnue chez le sujet âgé, trouble, fait peur.

Dans les années qui suivent, cette approche à fortes connotations morales et religieuses de la démence est retrouvée dans tous les articles, y compris ceux des revues de presse étrangère, et de médecine légale.

L'état d'entendement des vieillards est également abordé, de manière très philosophique, lorsqu'il s'agit d'apprécier la validité d'un testament, le médecin étant alors garant de la bonne transmission de l'héritage.

Dans la revue de presse de 1869, LEGRAND DU SAULLE /4,5/, distingue 3 états à propos de la responsabilité juridique des vieillards :

- l'état physiologique associé à une responsabilité totale. A noter que la démence n'est pas, selon lui, le terme inéluctable de la vieillesse.
- l'état mixte caractérisé par des troubles de l'entendement sans démence (le sujet "diffère de lui-même"). La responsabilité est alors proportionnelle.
- l'état pathologique, synonyme de démence (le sujet ne peut se "diriger" lui-même), associé à une irresponsabilité.

En 1861, dans un article du même auteur sur "les approches de la mort" /6/, la vieillesse assimilée à la "décrépitude corporelle" était décrite par BICHAT de manière moins moraliste comme un état d'isolement, de perte des désirs, des sensations, des facultés intellectuelles (idéatoires et perceptives) avec troubles de la mémoire des choses présentes.

Dans la revue de presse de 1862, LEGRAND DU SAULLE /7/ évoquait la notion d'atrophie cérébrale, de troubles circulatoires cérébraux ("sang moins chaud, moins rapide, moins oxygéné") qui favorisent les congestions et hémorragies. Le froid et l'activité physique excessive sont autant de circonstances déclenchantes. Le vieillard est supposé avoir un régime de vie "sagement ordonné", des "mouvements doux" qui auront pour effet de "maintenir les actes vitaux et les forces musculaires dans un état compatible avec la santé".

Dans les années 1870, on s'achemine progressivement vers l'individualisation des principales pathologies psychiatriques du sujet âgé. En 1875, la revue des journaux allemands présente un article de WILLE /8/ traitant des psychoses de la sénilité et distinguant la démence sénile de la folie simple existant

à tout âge. L'auteur tente de donner une explication physiopathologique à la démence, "produit pathologique" résultant d'une affection organique: la lésion primitive est une altération des vaisseaux cérébraux et méningés. La description clinique, très rudimentaire, mélange crises comitiales, accidents vasculaires cérébraux, paralysie générale et des symptômes divers parmi lesquels agitation agrypnique, troubles de l'écriture, somnolence diurne, impulsions érotiques, cleptomanie. Le traitement est abordé: il consiste en des soins hygiéniques (non précisés) et en la "patience et l'abnégation" du surveillant. Tout le monde subit la démence sénile. Quant à la folie simple, il s'agit du délire aigu, de la manie, de la mélancolie, du délire "expansif ou triste".

En 1876, toujours dans la revue de presse allemande, paraît une description anatomo-pathologique et clinique de la démence sénile, survenant d'après l'auteur, DE KRAFFT-EBING /9/, après 65 ans dans la majorité des cas, avec une même proportion dans les deux sexes, sans prédisposition héréditaire. Sur le plan étiopathogénique, il s'agit d'un ensemble de processus pathologiques cérébraux (troubles de nutrition, anémie) associé à une dégénérescence graisseuse du cœur et à des athéromes des vaisseaux. Sur le plan anatomo-pathologique, on constate une atrophie des hémisphères cérébraux avec athérome des artères, épanchements séreux dans les ventricules, adhérences des méninges et oedème de la pie-mère. Microscopiquement, l'auteur rapporte une dégénérescence des cellules ganglionnaires de la couche corticale, des foyers et kystes apoplectiques, des embolies avec foyers de ramollissement, un oedème, des hématomes de la dure-mère. Sur le plan clinique, la démence sénile est caractérisée par une diminution des facultés intellectuelles, et en premier lieu par des troubles de la mémoire (des faits récents) et une désorientation temporo-spatiale. L'évolution est marquée par des phases d'agitation, l'apparition d'idées délirantes, de pulsions érotiques. Il n'existe pas de traitement en dehors de la sédation (alcool, bon repas le soir) et de "fortifiants" pour le cœur.

Comme on le voit, bien que comportant de nombreuses inexactitudes et approximations, cet article entrant tout à fait dans le cadre de l'ère anatomo-clinique commune à l'Ecole française et à l'Ecole allemande montre la progression considérable dans l'étude scientifique de la pathologie psychiatrique du sujet âgé.

Dans le même temps, les progrès de la neurologie permettent la description de la chorée essentielle du vieillard /10/, de l'hémichorée sénile /11/, du tremblement sénile /12/, mis en doute par CHARCOT (qui n'y voyait qu'un tremblement essentiel, postural, devenu handicapant avec l'âge), et distingué de la

paralysie agitante, future maladie de PARKINSON. L'hémorragie cérébrale, l'"embolisme" sont également étudiés. Le prurit sénile est décrit en 1873 /13/. L'apport de la génétique permet d'envisager la notion de folie héréditaire chez les gens âgés : E. REGIS /14/ décrit en 1887 plusieurs cas de délires mélancoliques, "probables mélancolies d'involution", et émet l'hypothèse Darwinienne d'une transmission héréditaire homochrome et homologue.

La paralysie générale, bien qu'individualisée, n'est pas encore admise dans sa forme sénile par de nombreux auteurs, ce qui explique l'absence de références à ce sujet.

La dernière décennie du XIX^e siècle voit se préciser la nosologie en matières de maladies mentales du sujet âgé.

En 1895, lors du Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française à Bordeaux, A. RITTI /15/ expose un rapport capital sur les "psychoses de la vieillesse", celles-ci n'étant plus l'exception comparées à la démence. A. RITTI définit ces psychoses comme des "affections mentales qui se développent chez les vieillards arrivés au dernier âge de la vie, et restés jusque là indemnes de tout trouble psychique". Il précise qu'elles ne sont pas nécessairement associées à une dégradation intellectuelle, et les classe de la façon suivante:

- manie
- mélancolie :
 - ◊ simple
 - ◊ anxieuse
 - ◊ avec stupeur
 - ◊ suicide
- folie à double forme
- confusion mentale dont il précise l'étiologie fréquemment organique
- délire systématisé :
 - ◊ de persécution (avec des hallucinations)
 - ◊ de grandeur
- folie instinctive :
 - ◊ kleptomanie
 - ◊ érotisme
 - ◊ hystérie sénile,....

Concernant les causes de ces psychoses, RITTI propose divers domaines de recherche : l'hérédité, l'existence de maladies organiques, la survenue de traumatismes psychologiques.

Enfin, leur pronostic n'est absolument pas défavorable selon l'auteur, et l'on observe bon nombre de guérisons.

Après les psychoses de la vieillesse, RITTI aborde les psychoses *dans* la vieillesse qui, selon lui, ne sont pas systématiquement vouées à la démence comme on l'affirmait souvent jusqu'alors. Il ajoute que les états démentiels terminaux sont la plupart du temps d'origine vasculaire dans ce cas.

Plusieurs auteurs viendront corroborer les études de RITTI:

- BALLET et F.L. ARNAUD /16/ publient en 1895 un cas de "délire systématisé" des grandeurs, sans affaiblissement intellectuel notable chez un vieillard de quatre vingts ans passés". Le délire d'apparition tardive est individualisé, nettement différencié de la démence sénile.
- REGIS /17/, en 1896, livre une observation de "délire raisonnant de persécution chez une femme âgée de soixante-treize ans". Il fait largement référence à la théorie de la dégénérescence de MOREL pour expliquer l'origine des psychoses de la vieillesse, contrairement aux auteurs précédents qui font de cette théorie une sorte de réceptacle des cas inclassables pour l'époque.

Dans le domaine de la démence sénile, les descriptions anatomo-pathologiques s'affinent, mais les lésions vasculaires, les lésions séniles proprement dites, les lésions de la paralysie générale et d'autres affections cérébrales sont toujours mal dissociées.

En 1892, est rapportée la création de la colonie de Dun sur Auron /18/, tentative de placement de cent déments séniles en familles d'accueil, expérience basée sur des modèles belge et écossais. Pour la première fois, on évoque la possibilité d'amélioration de l'état mental de ces sujets en les sortant des structures asilaires.

Comme on le voit dans ce chapitre, seules les dix dernières années du XIX^e siècle apportent de réels éléments nouveaux dans le domaine de la psychogériatrie, la "neurogériatrie" ayant elle une évolution plus ancienne.

B. - Les Annales Médico-Psychologiques durant la première moitié du XX^e siècle.

1. - Rappel historique

D'un point de vue général, les premières décennies du XX^e siècle contrastent, sur le plan du progrès médical, avec la fécondité du demi-siècle qui les a annoncées et de celui qui les suivra. Cette phase, moins spectaculaire, a cependant été productive de nombreuses richesses.

Après la découverte des rayons X en 1895 par Wilhelm RONTGEN, la révolution radiologique ne cesse de faire sentir ses effets pendant cette première moitié du XX^e siècle. Les radiographies simples sont bientôt suivies de radiographies après injection d'air dans les cavités séreuses (ex: encéphalographie gazeuse), ingestion de liquide baryté ou administration intra-veineuse de substances iodées. Puis on met au point les tomographies. Enfin, le pouvoir thérapeutique des rayons est mis en évidence, et ceux-ci deviennent indispensables à toute action médicale puisqu'ils contribuent à la fois au diagnostic et aux différents traitements. Les effets secondaires des différents rayonnements identifiés (uranium, radium) ne sont malheureusement pas connus par manque de recul.

La bactériologie, la sérologie continuent d'évoluer rapidement: après le premier vaccin contre le charbon élaboré par PASTEUR, on fabrique des vaccins contre les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, le choléra, le typhus exanthématique, la peste, la coqueluche, la fièvre jaune... Le B C G est mis au point par A.CALMETTE et C.GUERIN en 1921. Les sérums sont élaborés à la même époque.

On découvre les mécanismes humoraux et cellulaires de l'immunité, le sérodiagnostic, les groupes et sous-groupes sanguins. Le processus allergique est mis en évidence et la notion de terrain apparaît.

Les progrès de la physique permettent le perfectionnement de l'électrocardiographie, la mise au point de l'électroencéphalographie affinant le diagnostic d'épilepsie, longtemps affirmée sans discernement.

Les perfectionnements de la biochimie transforment la physiologie : analyse de l'urine, des sucs digestifs, du liquide céphalo-rachidien, du sang, des selles. Progressivement l'on découvre le fonctionnement hydro-électrolytique, le mécanisme de la respiration, de la coagulation, les enzymes. Les physiopathologies hépatique, rénale sont mieux cernées.

Les vitamines découvertes à cette époque (1930 pour la vitamine C) peuvent être synthétisées et administrées en cas de carence.

L'endocrinologie naît au début du siècle: les sécrétions des glandes endocrines sont appelées "hormones" en 1905.

La clinique, l'anatomo-pathologie macroscopique ou microscopique et la biochimie deviennent donc nécessaires pour expliquer la maladie, son déclenchement, ses manifestations et son déterminisme. Cependant la thérapeutique ne tire toujours pas grand bénéfice des connaissances.

Il faudra attendre les années 30 pour disposer des sulfamides, efficaces sur des streptocoques, des pneumocoques, des méningocoques, des germes responsables d'infections gynécologiques après accouchement ou avortement. Puis A.FLEMING isole la pénicilline, fabriquée industriellement à partir de 1942.

En 1945, la combinaison des sulfamides et de la pénicilline permet de venir à bout de la grande majorité des maladies les plus banales, jusqu'à la syphilis, chargée de tant de méfaits et de fantasmes.

En neurologie, les grands auteurs de l'époque poursuivent leurs recherches.

J.J DEJERINE (1849-1917) décrit l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse (1900), le syndrome thalamique (1906), la claudication intermittente de la moëlle (1906) et étudie les troubles de la sensibilité, l'aphasie, la syringomyélie, les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.

P.MARIE (1853-1940), après avoir créé le service de neurologie de Bicêtre en 1897, succède à DEJERINE dans la clinique de la Salpêtrière en 1918. Pour mémoire, il est à l'origine de la Revue neurologique en 1893 et de la Société de neurologie de Paris. Il a décrit l'amyotrophie péronière avec CHARCOT, et défini l'acromégalie, l'ostéo-arthropathie pneumique hypertrophiante, la spondylose rhizomélique, l'hérédato-ataxie cérébelleuse qui porte son nom et la dysostose cléido-crânienne. En 1906, il entreprend une révision du problème de l'aphasie. Il s'entoure d'une équipe prestigieuse et sera avec FOIX et ALAJOUANINE à l'origine

de l'individualisation de l'atrophie cérébelleuse corticale tardive et de la myélite nécrotique sub-aiguë.

J. BABINSKI, élève de CHARCOT, chef de service à la Pitié de 1890 à 1927, consacra une grande partie de son activité à délimiter avec précision le champ de l'hystérie. A l'origine de la description du réflexe cutané plantaire dans certaines affections organiques du système nerveux, il enrichira cette description de l'abduction des orteils en 1913 et déterminera les éléments qui permettent de différencier les hémiplésies organique et hystérique (1900). Il décrit les réflexes de défense (1915), l'inversion du stylo-radial, les mouvements conjugués ainsi que l'asynergie cérébelleuse et l'adiadococinésie (1902). Il présentera, avec TOURNAY, un important rapport sur les symptômes des maladies du cervelet au Congrès international de médecine de Londres en 1913. Avec NAGEOTTE, il individualise un syndrome bulbaire qui oppose une hémiasynergie avec myosis directs à une hémianesthésie et à une hémiplégie croisées (syndrome de BABINSKI-NAGEOTTE, 1902). On associe à son nom celui de FROHLICH dans la description du syndrome adiposo-génital. BABINSKI a également fourni les éléments nécessaires à la localisation des tumeurs comprimant la moëlle. En 1912, il fait enlever une tumeur méningée qui intéressait la moëlle dorsale.

Dans le cadre des maladies infectieuses, la neurologie progresse: la méningite cérébro-spinale est traitée par les sulfamides à partir de 1939; les paraplégies pottiques, la méningite tuberculeuse sont mieux connues mais pas encore traitées; l'agent responsable de la paralysie générale et du tabès est enfin isolé et diverses thérapeutiques sont mises en oeuvre avec quelques succès (malariathérapie); la poliomyélite antérieure aiguë est décrite; l'encéphalite de VON ECONOMO-CRUCHET, qui sévira de 1917 à 1925, orientera l'attention des neurologistes sur la pathologie extra-pyramidale et la physiopathologie du sommeil. De nombreux virus responsables d'encéphalites seront isolés à la même époque. Les effets heureux de la vaccination jennérienne et de la sérothérapie constituent un précieux encouragement à découvrir les agents infectieux responsables des maladies. La pathologie des abcès du cerveau, des empyèmes, des méningites purulentes se trouve transformée par l'antibiothérapie.

Les maladies d'auto-immunisation commencent à être reconnues après divers accidents post-vaccinaux et grâce à l'expérimentation animale.

La description des différentes polynévrites débutée au XIXe siècle se poursuit en ce début de XXe siècle. KORSAKOFF décrit les premières observations de psycho-polynévrites. Le rôle des vitamines dans la pathogénie des polynévrites

est démontré. Les intoxications mercurielles, ergotiques, la porphyrinurie sont mieux connues.

La pathologie des noyaux gris centraux est formellement mise en cause dans la maladie de PARKINSON, ancienne paralysie agitante, dans la chorée chronique, l'athétose congénitale, la dégénérescence hépato-lenticulaire, l'hémiballisme.

CREUTZFELD en 1920 puis JAKOB en 1921 décrivent l'atrophie cortico striato cérébello spinale qui porte leurs noms.

L'électroencéphalographie devient une précieuse technique d'exploration du système nerveux et fait de l'étude de l'épilepsie une spécialité: l'épileptologie. Les barbituriques découverts en 1912, les hydantoïnes en 1938 vont permettre de traiter l'épilepsie dont le diagnostic est beaucoup plus fiable. L'étude du liquide céphalo-rachidien, la ventriculographie, les encéphalographies gazeuses, les myélographies, puis l'angiographie cérébrale à la fin des années 40 apportent des informations capitales aux neurologues.

Enfin la neurochirurgie fait des progrès spectaculaires : la neurotomie sub totale rétro-gassérienne dans la névralgie faciale, l'ablation de tumeurs cérébrales, méningées, hypophysaires, médullaires, des interventions sur hernies discales, anévrysmes, sont pratiquées pour la première fois à cette époque.

Dans le domaine de la psychiatrie, les développements amorcés à la fin du siècle précédent se poursuivent jusqu'à la première guerre mondiale durant laquelle on observe une baisse sensible de l'activité scientifique. Le concept de schizophrénie élaboré par E.BLEULER en Suisse dès 1908 dans une perspective psychopathologique va marquer notablement l'étude ultérieure des maladies mentales. L'apport de la psychologie expérimentale, des diverses sciences biologiques (dont la bactériologie), l'anthropologie, la phénoménologie, le courant sociologique du début du siècle vont influencer les nouveaux psychiatres. L'Ecole américaine émergeant à cette époque et symbolisée par A.MEYER est une bonne illustration de cet abord pluraliste de la psychiatrie.

A partir des années 20, on assiste à la disparition de l'aliénisme qui prend le nom de psychiatrie, véritable spécialité universitaire.

En Allemagne, le courant "classique" de la psychopathologie clinique suit les orientations données par KRAEPELIN et JASPERS.

En France, le système nosologique établi avant la guerre est consolidé, notamment par CLERAMBAULT (à qui l'on doit la description du syndrome d'automatisme mental) et GUIRAUD.

Parallèlement à ces orientations classiques, on assiste à l'émergence de doctrines nouvelles comme celle de KRETSCHMER et son délire sensitif de relation. Le mouvement psychanalytique, pourtant solidement constitué dès le début du siècle, n'est pas accepté sans réticence par les psychiatres français. L'oeuvre de S.FREUD pénètre bien en France dans les années 20, mais son influence reste limitée jusqu'à la seconde guerre mondiale. Cette dernière change radicalement la situation. Les médecins militaires constatent de visu le rôle fondamental joué par les émotions dans le déclenchement des maladies mentales et s'aperçoivent que les théories psychanalytiques permettent de soigner avec efficacité maint cas de "névrose du combattant".

Le "mariage" de la psychanalyse et de la psychiatrie traditionnelle donne naissance à un nouveau courant: la psychiatrie "dynamique", dont la technique s'inspire d'une certaine forme de "psychothérapie". Un second courant, dit "organiciste" pense que les troubles émotionnels ont essentiellement des causes organiques (altérations du système cérébral en premier lieu), et pour cette raison rejette aussi bien la psychanalyse que la psychothérapie "dynamique". Un dernier courant, renvoyant dos à dos les "organicistes" et les "dynamicistes", accuse le milieu social et l'environnement en général d'être la principale cause des maladies mentales. Dans la pratique, la plupart des psychiatres utilisent un peu tous les points de vue selon les cas traités.

Sur le plan thérapeutique, peu de progrès ont été faits à cette époque. La malariathérapie (1917), l'insulinothérapie ou cure de Sakel (1933), le cardiazol (1935), l'électrochoc (1938) sont les seuls traitements biologiques qui puissent être appliqués aux malades mentaux. La psycho-chirurgie, très prisée à la fin des années 40, sera rapidement délaissée. Avec la découverte en 1950 de la chlorpromazine, utilisée en psychiatrie en 1952, s'ouvre une ère nouvelle...

2. - Le sujet âgé dans les Annales Médico-Psychologiques à cette époque

Au début du XX^e siècle, l'existence des psychoses de la vieillesse est bien admise. On constate cependant qu'il est souvent bien difficile de les distinguer de la démence sénile, terme général qui englobe tous les états démentiels du sujet âgé.

A cette époque, la forte influence des théories organicistes pousse à la recherche étiologique de ces psychoses, recherche qui mène à des conclusions très différentes selon les auteurs :

- Dans la revue de presse de 1901, L. MICHAUD /19/, à propos des délires transitoires séniles, propose de rechercher systématiquement un état infectieux ou toxique associé à une constante athéromatose, d'où l'approche thérapeutique étiologique de l'accès délirant (ou plutôt du syndrome confusionnel) et l'absence de prise de mesure d'internement.
- En 1903, SOUTZO /20/, disciple de MAGNAN, remarque qu'un certain nombre de vieillards présentent des troubles psychiques liés à un état mental constitutionnel, anormal, dégénératif. Ces vieillards "dégénérés héréditaires", sans affaiblissement intellectuel, peuvent manifester leurs troubles à différentes époques de leur vie (ce qui amène à penser que l'auteur ne se trouve plus exactement dans le cadre des psychoses de la vieillesse). L'étude des antécédents familiaux et personnels permet de retrouver les signes de la dégénérescence. Suivent deux observations dont l'analyse pour le moins fantaisiste de l'hérédité ("grand-père de caractère bizarre, ayant épousé sa nièce de 15 ans, sujette à des crises hystériques", "tante paternelle poète et artiste", "père alcoolique") laisse entrevoir l'abandon de cette théorie de la dégénérescence qui restera malgré tout très présente pendant la première décennie du XX^e siècle.
- Dans la revue de presse de 1904, S.ARMAND /21/, faisant référence à KRAEPELIN, associe la mélancolie à l'involution sénile, caractérisée par une "décadence marquée des fonctions organiques sans lésion apparente des organes". Il se base sur l'association fréquente selon lui de la mélancolie et de certains caractères de la sénilité : réaction pupillaire lente, tremblement de la langue et des mains, surdité, troubles phasiques transitoires, nutrition ralentie, digestions difficiles, troubles circulatoires.
- Lors de la séance du 28 Janvier 1907 de la Société Médico-Psychologique, toujours à propos de la mélancolie sénile, on retrouve un article signalant le lien important existant entre "psychopathies" et "cardioangiopathies". Les manifestations

fonctionnelles des maladies cardio-vasculaires peuvent retentir, d'après DENY et LANDRY /22/, sur les neurones corticaux, d'où les manifestations psychiques, à plus forte raison s'il existe une prédisposition héréditaire et un début de "régression organique" dont l'atrophie cérébrale est le seul élément invoqué.

- Dans la revue de presse de 1909, SOUTHARD et MITCHELL /23/, viendront infirmer cette théorie en décrivant vingt-trois observations de maladies mentales essentielles sans trace d'artériosclérose ou d'atrophie cérébrale.

Les notions d'"involution sénile" et de sénilité sont à cette époque largement discutées. Le caractère inéluctable de l'évolution démentielle de la vieillesse est réfuté par la majorité des aliénistes :

- En 1906, LERI /24/ publie une étude anatomo-pathologique très complète pour l'époque du cerveau sénile. La sénilité, processus pathologique dont les manifestations cliniques vont des vertiges à la démence en passant par les troubles du caractère, l'épilepsie, la fatigabilité, l'aphasie, l'hémiplégie, est distinguée de la vieillesse, simple période de la vie. LERI décrit une atrophie cérébrale, une prolifération du tissu interstitiel, des lésions vasculaires focales (essentiellement artérioscléreuses). Il parle de "plaques d'un aspect particulier (état vermoulu)", de "dégénérescence sénile des fibres myéliniques", d'"atrophie cellulaire simple ou avec surcharge pigmentaire", de "corps amyloïdes". (On entrevoit la découverte des plaques séniles et de la dégénérescence neuro-fibrillaire.) Il explique ces lésions séniles comme étant l'aboutissement de toutes les intoxications de l'existence.
- En 1908, une revue des journaux italiens relève un article de O. FRAGNITO /25/ sur les "altérations de l'appareil neuro-fibrillaire des cellules corticales" dans la démence sénile.

Dans le domaine de la neurologie, on relève en ce début de siècle des articles concernant:

- l'épilepsie sénile : certains auteurs lui associent une étiologie artérielle et cérébro sclérotique , d'autres lui appliquent la théorie de la dégénérescence, tel P.MASOIN /26/ dans son article datant de 1902.
- l'hémiplégie chez les vieillards, avec mise en évidence, en dehors de l'hémorragie et du ramollissement cérébral, d'un état lacunaire d'origine artériosclérotique entraînant une encéphalite chronique (J.FERRAND) /27/.

Le diagnostic différentiel entre crises convulsives et accidents vasculaires cérébraux transitoires est difficilement établi.

Enfin, la paralysie générale sénile, longtemps méconnue ou discutée par les auteurs anciens, commence à être admise et surtout reconnue par l'examen anatomo-pathologique spécifique dont L.MARCHAND /28,29,30/ publie plusieurs descriptions très précises en 1903. En 1905, la découverte du spirochète de la syphilis (Treponema Pallidum) par SCHAUDINN et HOFFMANN, puis l'élaboration des techniques sérologiques vont permettre de diagnostiquer la paralysie générale sénile et l'état démentiel qui lui est associé. De 1910 à 1920, une grande partie des articles des Annales Médico-Psychologiques est consacrée à cette pathologie, dont le traitement par "malariathérapie", pyréthothérapie par malaria, sera largement diffusé dans les années suivantes. A partir de 1920, les différents auteurs vont beaucoup s'intéresser à la démence sénile individualisant une forme vasculaire, mais surtout une forme dégénérative, et l'on va s'interroger sur ses rapports avec la maladie d'ALZHEIMER, isolée en 1906, décrite initialement comme l'une des formes d'encéphalopathies de la sénilité puis comme une démence pré-sénile, caractérisée par l'existence de plaques argyrophiles et de cellules dites 'ALZHEIMER.

En 1925, NAYRAC et DUBRUILLE /31/ publient à ce sujet un article important qui aboutit aux conclusions suivantes :

- les deux maladies (démence sénile et maladie d'ALZHEIMER) diffèrent sur le plan clinique, par l'âge de début des troubles, le tableau neurologique (important dans la maladie d'ALZHEIMER) et la rapidité d'évolution.
- sur le plan anatomo-pathologique, les cellules d'ALZHEIMER, comportant des lésions du système neurofibrillaire, et les plaques argyrophiles sont retrouvées dans les deux maladies. Les auteurs

signalent la mise en évidence des plaques argyrophiles chez des sujets âgés normaux et suspectent une relation entre l'importance de ces lésions et l'affaiblissement intellectuel. Pour ce qui concerne la constitution de ces plaques, on relève la description d'une substance amorphe, de bâtonnets épais.

- la démence artérioscléreuse doit être dissociée de la démence "argyrophile". Cette dernière est caractérisée "d'affection apparentée" à la maladie d'ALZHEIMER en se référant à la clinique.

Il faut attendre 1927 pour relever un court article du Pr DIVRY /32/ (Société belge de médecine mentale) exposant une découverte fondamentale, sur l'étude histochemique des plaques séniles, "expression d'une hyalino-amyloïdose disséminée et miliaire, intéressant surtout le cortex cérébral" (l'hypothèse de DIVRY sera longtemps discutée pour finalement être confirmée en 1961 par TERRY grâce à la microscopie électronique).

Concernant la pathologie vasculaire cérébrale dans sa dimension psychologique, P. COURBON /33/ publie en 1923 un article original concernant le radotage des vieillards. Il distingue le radotage d'involution régressive, lié aux troubles de la mémoire antérograde, et le radotage par reviviscence affective de ce qui a été l'idéal de toute une vie. Il tente d'établir une corrélation anatomo-pathologique et conclue, dans le premier cas, à une simple atrophie cérébrale généralisée, d'où le caractère physiologique, lié au vieillissement cérébral, du radotage d'involution régressive. Le second type de radotage paraît lié, selon l'auteur, aux lésions circonscrites d'une artériosclérose cérébrale évolutive, d'où la possibilité d'en faire un élément prédictif de complications vasculaires à plus ou moins long terme. En 1927, il décrit à ce propos le cas d'une femme de quatre-vingt sept ans, porteuse d'un délire de persécution très ancien, isolé, et présentant un radotage régressif dont l'auteur affirme le caractère sénile pur, d'autant plus que la malade est cliniquement indemne de manifestations artériosclérotiques /34/.

Comme on le voit, cette analyse séméiologique fine mais assez limitée est un palliatif au manque de moyens complémentaires dans le domaine de la pathologie vasculaire cérébrale à cette époque.

Une autre étude séméiologique, plus générale, de G.J. TROCHINE /35/, psychiatre russe, concernant la démence sénile paraît en 1928. Il la décrit selon quatre phases en se référant essentiellement aux troubles mnésiques :

- une phase "mécanique" avec symptômes destructifs (troubles de l'attention, de la mémoire "du nouveau et du difficile", troubles des "émotions supérieures", des "jugements créateurs"), symptômes formels (lenteurs des perceptions, associations et jugements), symptômes compensateurs (augmentation du sens de la propriété, augmentation de l'impulsivité psychique, augmentation des sens physiques, sexuel).
- Une phase de "démence miroitante", marquée essentiellement par une "disparition de la mémoire du courant immédiat et la présence simultanée des réminiscences", et par une soumission passive.
- une phase de démence automatique, avec disparition des réminiscences, désorientation temporo-spatiale, aphasie et conservation des reflexo-instincts et des fonctions primitives comme les mouvements.
- une phase de démence absolue comportant une paralysie, un gâtisme, des troubles de déglutition. Cette quatrième phase, mise en doute par l'auteur lui même et correspondant au stade de déstructuration complète avec troubles neurologiques associés est, selon lui, l'expression d'un état délirant concomittant ou d'une paralysie générale méconnue.

Cette description, quoiqu'un peu archaïque, comporte malgré tout des notions encore d'actualité et surtout pose le problème de l'évolution terminale des démences séniles.

A partir de 1930, on note une augmentation des articles consacrés aux sujets âgés, et ce à la fois dans les Annales Médico-Psychologiques proprement dites et dans les journaux et revues de médecine français et étrangers. La démence sénile est la pathologie la plus étudiée dans ces articles tant sur le plan clinique qu'anatomo-pathologique.

En 1930, P.COURBON /36/ décrit l'incontinence mentale sénile (passage instantané de l'idée ou du sentiment à l'acte) comme un signe précurseur de la démence. Il envisage le retentissement social de cette incontinence mentale sénile sans trouble du jugement ni de la mémoire, ne justifiant pas l'internement, mais désastreuse pour les vieillards isolés, la société rejetant ces sujets "pathologiques" par des réactions mystificatrices aboutissant à l'exclusion. L'auteur, précurseur dans cet abord psycho-social, conclue en ces termes: "de même qu'il existe une

enfance abandonnée, il existe une vieillesse abandonnée que la société doit prendre à sa charge".

L'existence de pathologies associées est évoquée par plusieurs auteurs (démence sénile et méningiome latent /37/, démence artériopathique et paralysie générale sénile /38/) qui préconisent la recherche systématique d'un processus tumoral ou infectieux même lorsque le grand âge du malade et l'existence d'un syndrome démentiel paraissent en faveur d'une démence sénile.

Les rapports de cette dernière avec la maladie d'ALZHEIMER continuent d'être débattus. La description de la maladie de PICK élargit le débat.

En 1937, L.MARCHAND /39/ fait paraître un volumineux mémoire à ce sujet. Il classe les démences séniles en démences artériopathiques et démences avec atrophie cérébrale sans athérome, dûes à des lésions dégénératives primitives, ces dernières faisant l'objet de son étude. L.MARCHAND signale la difficulté de cette étude en rapport avec le manque de connaissances concernant la physiologie du vieillissement. Sur le plan clinique, le début est caractérisé par des troubles mnésiques (oublis, amnésie de fixation, amnésie d'évocation) avec ou non fabulation. Ces troubles mnésiques entraînent une souffrance, une difficulté d'adaptation à toute situation nouvelle (notion de crise). Ils sont parfois associés à des troubles phasiques (aphasie amnésique, troubles de la compréhension, inertie mentale entraînant fréquemment un semi-mutisme), à un état délirant souvent transitoire alors que l'affaiblissement sénile continue d'évoluer (idées mélancoliques, hypocondriaques, de persécution, de préjudice, de dépossession, de jalousie, hallucinations) avec anxiété ou agitation. L'évolution est progressive, les formes cliniques variant selon les régions cérébrales atteintes. On n'observe pas d'ictus, de crises épileptiformes, de "claudication intermittente" du cerveau, de vertiges, de céphalées, de bourdonnements d'oreilles, de rire ou pleurer spasmodique. Les symptômes sont moins fixes, moins accusés que dans les lésions destructrices en foyer. Le stade terminal correspond à une vie végétative suivie de mort par épisode infectieux très souvent. Sur le plan anatomo-pathologique, l'auteur décrit:

- une atrophie cérébrale constante, lésion essentielle selon lui.
- une absence de lésions vasculaires: aucune plaque d'athérome, pas de lacunes ni de foyers de ramollissement

- des lésions "communes" et des lésions spécifiques qui, pour la plupart d'entre elles, existent chez tout sujet âgé. C'est leur importance qui détermine le processus démentiel.

La démence sénile sans athérome cérébral est donc un processus dégénératif primitif aboutissant à une désintégration régressive du parenchyme nerveux, sans éléments inflammatoires et sans troubles circulatoires. Concernant ses rapports avec la démence d'ALZHEIMER, il s'agit, selon L.MARCHAND, de la même maladie. Quant à la maladie de PICK, caractérisée par des lésions histologiques différentes ("gonflement" de la cellule nerveuse, absence de plaques séniles et de dégénérescence neuro-fibrillaire), lésions manquant souvent de spécificité, son diagnostic clinique différentiel avec la maladie d'ALZHEIMER est très difficile. Pour l'auteur, démence sénile sans athérome cérébral, maladie d'ALZHEIMER et maladie de PICK sont les trois modalités, différant par leur âge de survenue, d'une même maladie dont le principal caractère est la dégénérescence généralisée des éléments parenchymateux cérébraux entraînant une atrophie cérébrale tantôt simplement diffuse, tantôt diffuse avec prédominance sur certaines régions cérébrales. La notion de terrain, d'hérédité est évoquée.

En 1938, L.MARCHAND /40/ confirme son hypothèse à l'aide d'observations cliniques, et décrit démence sénile sans athérome, maladie d'ALZHEIMER et maladie de PICK comme des syndromes (et non comme des entités cliniques) rentrant dans le cadre des encéphaloses.

Cette même année, BARGUES, CORCELLE et BERTHON /41/ publient un autre mémoire important signalant la similitude entre les pathologies vasculaires cérébrales et rétiniennes: les déments artériopathiques présentent des lésions vasculaires rétiniennes très importantes alors que chez les déments séniles "purs", elles sont en rapport avec leur âge et leur état physique. D'où la nécessité de pratiquer un examen ophtalmologique chez tout dément sénile.

Parallèlement à ces diverses études anatomo-cliniques se poursuit le débat sur la constitution des plaques séniles, essentiellement à travers la revue de presse. DIVRY /42,43,44,45,46,47,48/ continue d'affirmer la nature amyloïde de ces plaques, tandis que d'autres auteurs évoquent un phénomène de dégénérescence nécrotique d'origine probablement toxique (FERRER Y CAGICAL et DIEGO-FERRER /49/) ou des granulations lipoïdes résultant d'un trouble de nutrition par défaut d'irrigation sanguine cérébrale (L. MARCHAND /50/.) Certains parlent

d'hystérèse protoplasmique (théorie colloïdale des phénomènes vitaux, de la sénescence et de la mort des tissus) (A. VON. BRAUNMUHL /51/.)

Comme on peut l'observer, les connaissances sur la démence sénile font des progrès spectaculaires à cette époque. La description clinique s'affine nettement tandis que les données histo-pathologiques se précisent. De nombreux auteurs s'accordent à reconnaître l'importance des facteurs psychogènes dans la révélation ou l'aggravation d'une détérioration mentale. Ceci conduit naturellement à l'approche, nouvelle pour l'époque, des caractères de la sénescence physiologique dans toutes ses dimensions, en particulier psycho-affectives.

Au cours de la séance du 14 Mai 1936 de la Société Médico-Psychologique, P.COURBON et S. ROUSSET /52/ communiquent une bonne approche des remaniements affectifs de la vieillesse à travers le cas d'un sujet âgé de soixante-quinze ans, épileptique depuis dix-huit ans, présentant des idées suicidaires. Les auteurs décrivent la nostalgie du métier, les deuils, les phénomènes douloureux mal acceptés, le phénomène de régression (avec tendance dépressive dans ce cas), les remaniements pulsionnels (agressivité) ainsi que l'importance à donner aux troubles mnésiques inhérent à la sénescence. Les divers événements à l'origine de crises existentielles sont analysés: "L'idée de se donner la mort n'apparaît jamais qu'à l'occasion d'un incident venant faire obstacle à la réalisation d'un désir, ou causant de la douleur". Cette étude conclue à l'absence de relation entre l'épilepsie présentée par le patient et ses idées suicidaires, et replace ces dernières dans le cadre de la psychopathologie du vieillissement.

Au cours de la séance du 25 Octobre 1937 de la Société Médico-Psychologique, LAIGNEL-LAVASTINE et coll. /53/ décrivent, à partir d'une observation, l'exagération lors du vieillissement d'un trait de caractère préexistant aboutissant à un comportement pathologique.

Ainsi l'on admet l'existence, en dehors de la pathologie organique sénile, de troubles d'origine psychogène. Le sujet âgé est abordé d'un point de vue organique, psychique, social, et l'on commence à parler de gérontologie. Ce terme est d'ailleurs retrouvé pour la première fois dans la table analytique des matières de l'année 1939.

De 1940 à 1950, on retrouve dans les Annales Médico-Psychologiques des thèmes anciens actualisés et des thèmes beaucoup plus "modernes" qui augurent la naissance de la spécialité gériatrique.

La paralysie générale sénile, particulièrement dans sa forme presbyophrénique (avec troubles mnésiques, illusions, fausses reconnaissances et



importante fabulation), est décrite par plusieurs auteurs (R. SUTTEL /54/, LAIGNE-LAVASTINE et coll. /55/). Son diagnostic positif repose essentiellement sur la biologie car elle est difficile à distinguer des autres démences sur le plan clinique. La démence sénile, ses rapports avec la maladie d'ALZHEIMER et la maladie de PICK sont toujours très débattus.

Face à la théorie de MARCHAND sur les encéphaloses, l'Ecole de médecine mentale belge classe la maladie d'ALZHEIMER parmi les hérédo-dégénérescences systématisées de la période juvénile, adulte et pré-sénile. Cette classification se base sur les formes familiales, essentiellement neurologiques, de la maladie d'ALZHEIMER.

Les syndromes pseudo-déméntiels d'origine carencielle, conséquences des privations de la guerre, sont décrits et traités.

Dans le domaine neurologique, la pathologie du sujet âgé est également reconnue dans sa diversité. Les grands noms de l'époque, parmi lesquels J.LHERMITTE, J. DE AJURIAGUERRA, L.MARCHAND rapportent leurs observations sur le syndrome de l'astéréognosie spasmodique des vieillards /56/, la chorée sénile /57/, le tremblement sénile /58/, la myosclérose sénile /59/. En 1945, un volumineux mémoire de L.MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA /60/ sur les épilepsies tardives et séniles conclue à l'existence d'une forme essentielle, rare, d'épilepsie sénile. Les autres formes sont symptomatiques de lésions cérébrales à rechercher systématiquement. Enfin, le versant psychologique de nombreuses affections neurologiques est reconnu, comme en témoigne la communication de J.LHERMITTE et H.HECAEN /61/, au cours de la séance du 27 Avril 1942 de la Société Médico-Psychologique, sur les troubles de la psycho-motilité chez le vieillard, d'où la notion de complémentarité des diverses disciplines ayant trait au sujet âgé.

On observe, fait nouveau, le développement des moyens d'investigation avec, par exemple, apparition de l'encéphalographie gazeuse.

La thérapeutique, elle aussi, se développe dans les Annales Médico-Psychologiques. Elle consiste pour le moment en traitements vitaminiques, extraits endocriniens (hypophysaires, thymiques, thyroïdiens), oestrogènes dans la mélancolie d'involution, anti-histaminiques dans le prurit sénile. La narcose, les chocs pharmacodynamiques (cures de SAKEL), l'électrochoc sont largement utilisés dans les psychoses séniles, maniaques, dépressives ou paranoïdes. L'étiologie organique des syndromes confusionnels (appelés réactions délirantes, onirisme...) est systématiquement recherchée: carences vitaminiques, intoxications

médicamenteuses, malnutrition, alitement prolongé, convalescence, opérations ou traumatismes, hypertension artérielle, diabète. Le traitement "étiologique" consiste encore souvent en injections intra-veineuses de glucose.

La grande innovation de ces années 40 est l'apparition dans les Annales Médico-Psychologiques de plusieurs articles traitant de gérontologie. En particulier, la psychologie de la sénescence est abordée par plusieurs auteurs, dont P.COURBON /62/ dans la revue de presse de 1940, qui reconnaît deux périodes à l'involution mentale sénile, "processus physiologique d'épuisement psychique que l'âge suffit à déterminer chez n'importe quel individu, au bout d'un nombre d'années plus ou moins grand, sans le concours d'aucune maladie et d'aucun traumatisme" :

- celle de la pré-sénilité, marquée par une diminution de la capacité d'effort, avec perte de l'effort d'action entraînant négligences, insouciance, nonchalance, paresse..., et perte de l'effort d'arrêt générant intempérances de langage, inconvenances, imprudences, impatiences.
- celle de la sénilité, caractérisée par une incontinence des émotions et des besoins, des troubles mnésiques touchant surtout la mémoire de fixation, des troubles de l'affectivité et de l'imagination.

J.DUBLINEAU /63/, au cours de la séance du 23 Février 1948 de la Société Médico-Psychologique, estimant pour sa part que les aspects négatifs de la psychologie du vieillissement sont trop souvent les seuls envisagés sur la base du concept d'involution qui relève selon lui de la psychopathologie, étudie les caractères positifs de la sénescence "normale". Il décrit la spiritualisation de l'individu au décours des périodes de crises: "Le sujet s'est grandi dans l'acceptation d'instances successives plus ou moins douloureuses". J.DUBLINEAU remarque que cette acceptation, fonction du type psychologique, du tempérament pour certains auteurs, est quand même aléatoire, sujette à des facteurs extérieurs. Il signale l'importance, pour l'épanouissement du vieillard, de son intégration dans le clan familial, aspect psycho-sociologique important du problème de la vieillesse.

Les aspects neurologiques du vieillissement, et en particulier le vieillissement cérébral envisagé sous l'angle anatomo-clinique, font également l'objet de plusieurs études décrivant tour à tour les vertiges d'origine vasculaire du vieillard (RISER, COUADAU et PLANQUES /64/), les altérations dysoriques des vaisseaux corticaux

(F. MOREL /65/), le vieillissement colloïdal à l'origine des plaques séniles, de la dégénérescence neuro-fibrillaire et de l'amyloïdose vasculaire observées chez le sujet âgé normal ou pathologique (P. DIVRY /44/).

Enfin, et c'est là que l'on peut situer la véritable naissance de la gérontologie, on relève en Avril 1948 la mention de "Trois journées pour l'étude scientifique du vieillissement de la population" et dans la revue de presse de 1949 un article sur les vieillards aux Etats-Unis /66/ évoquant le vieillissement de la population, l'encombrement des établissements psychiatriques par les vieillards du fait :

- de l'accroissement de la durée de vie permettant aux maladies mentales d'apparaître.
- de la vie citadine dont le seuil de tolérance de la pathologie mentale est nettement inférieur à celui de la campagne.

Ainsi va s'imposer la nécessité sociale d'une discipline scientifique étudiant la sénescence en tant que processus bio-psychologique normal, c'est la gérontologie, et d'une spécialité visant à diagnostiquer, traiter, prévenir les maladies des sujets âgés, c'est la gériatrie. Les conditions psychiques étant impossibles à séparer de l'état somatique dans ce domaine, la psychogériatrie naîtra de ce constat.

IV. SECONDE PERIODE : 1950 A NOS JOURS

IV. - SECONDE PERIODE : 1950 A NOS JOURS

La gériatrie et la psychogériatrie s'individualisent et évoluent pour leur propre compte. Etant donné l'aspect contemporain de la période, la suite de l'étude ne comportera que l'analyse historique des Annales Médico-Psychologiques traitant du sujet âgé.

A. - Le sujet âgé dans les Annales Médico-Psychologiques de 1950 à 1960

Comme on l'a entrevu précédemment, les années 50 vont être marquées par un constat essentiel : celui de la nécessité d'une politique de la vieillesse.

Au cours de la séance du 11 Juin 1951 de la Société Médico-Psychologique, P.A. CHATAGNON et KLEIN-LEVY /67/ analysent l'accroissement du nombre de vieillards hospitalisés en secteur psychiatrique et voient deux types essentiels de causes à cela :

- des causes biologiques : l'augmentation de la durée moyenne de la vie, grâce aux conquêtes de la science, a entraîné un accroissement de la population âgée.
- des causes sociales : les conditions de vie moderne imposent souvent à tous les membres d'une famille d'exercer une activité professionnelle, d'où l'obligation de placer les vieillards déficients en milieu hospitalier.

Or le nombre d'hospices de vieillards étant insuffisant, ce sont les hôpitaux psychiatriques qui pallient ce manque. Les sujets âgés, souvent grabataires, déments, y sont répartis suivant la disponibilité des lits vacants.

Les auteurs soulignent la nécessité de créer des pavillons appropriés à la prise en charge de cette population par un personnel qualifié.

Lors de la séance du 28 Janvier 1952 de la Société Médico-Psychologique, R. BRIAU /68/, dans une communication sur les problèmes de la vieillesse, insiste sur les interactions sociales, culturelles et surtout professionnelles (normes de

rendement élevées, fatigue liée à un rythme de production accéléré, bruit), dont l'auteur craint qu'elles aient pour effet à long terme d'écartier des travailleurs "vieillis" avant l'âge et n'ayant pas eu le temps de se préparer à la "crise de la retraite". La prophylaxie des troubles mentaux induits par les facteurs extérieurs lui paraît indispensable. Il rejoint P.A. CHATAGNON en ce qui concerne le besoin urgent de structures adaptées aux vieillards, tant dans les hôpitaux psychiatriques que dans les hôpitaux généraux, l'hospice étant décrit comme un parent pauvre de l'hôpital, étouffant et avilissant le sujet âgé par son rythme de vie monotone et son inaction contagieuse.

Lors de la séance du 9 Mai 1955 de la Société Médico-Psychologique, J.BENOISTON et coll. /69/ traitent le problème de l'internement abusif des vieillards en services psychiatriques, et mettent clairement en cause les hospices dont l'insuffisante capacité d'hébergement et la carence technique sont à l'origine de ces hospitalisations. Le passage fréquent par un service de neuro-psychiatrie de l'hôpital général, lui aussi surchargé, ne fait que majorer les troubles observés. Or ceux-ci sont très transitoires dans les observations citées, ne justifiant absolument pas le recours à l'internement. Ce dernier est donc nocif à la fois pour les vieillards concernés et pour les psychopathes qui pâtissent de cet encombrement.

La revue de presse de 1956 mentionne un article de L.KOLB /70/ paru dans The American Journal of Psychiatry et signalant le même problème à l'étranger et en particulier aux Etats-Unis où les psychiatres réclament l'ouverture de nouveaux hôpitaux spécialisés et la mise en place de programmes sociaux favorisant le maintien à domicile des personnes âgées dans de bonnes conditions.

En 1957, M.ZABOROWSKI et M.BONVALET /71/, à propos de l'assistance aux vieillards difficiles, signalent à nouveau l'atmosphère pathogène des hospices, l'inadéquation totale de ce type de structure dans le cas des vieillards plus ou moins détériorés, le manque de qualification du personnel, le recours trop facile à l'hospitalisation en service neuro-psychiatrique ou psychiatrique. Les auteurs préconisent la création de services de gériatrie dans les hôpitaux généraux, d'unités psychogériatriques au sein des hôpitaux psychiatriques, de foyers logements ou maisons de retraite, de services de long séjour, de services d'aide à domicile. Le fonctionnement de ces structures doit être assuré par un personnel spécialisé.

Ainsi, le problème de la vieillesse devient-il une préoccupation majeure à cette époque.

La notion de "bien vieillir" est introduite dans les Annales Médico-Psychologiques par E.MINKOWSKI /72/ au début des années 50. Cette notion étroitement liée à l'acceptation de la vieillesse devient peu à peu essentielle, et de nombreux auteurs cherchent à définir les différents paramètres conditionnant la qualité du vieillissement, essentiellement sur le plan psychologique.

En 1953, L.MARCHAND /73/ publie un mémoire sur la longévité intellectuelle, processus de vieillissement normal du cerveau. Selon lui, il existe un facteur héréditaire prépondérant sur lequel interfèrent le milieu familial et social, l'éducation et l'instruction, dans une moindre proportion. L'affaiblissement intellectuel correspond au vieillissement cérébral pathologique, du domaine de la gériatrie. La démence sénile, comme les maladies d'ALZHEIMER et de PICK est classée par l'auteur dans les maladies hérédodégénératives. La démence artérioscléreuse est également considérée comme une maladie dans laquelle l'hérédité et les facteurs constitutionnels ont un rôle majeur. L.MARCHAND en conclue la difficulté de prévention et de prise en charge des sujets âgés détériorés sur le plan intellectuel. Il admet cependant la possibilité d'une action thérapeutique permettant tout au plus la stabilisation du processus démentiel, en utilisant les acquisitions anciennes conservées.

La revue de presse de l'époque signale plusieurs articles, extraits en particulier de "The American Journal of Psychiatry", allant dans le même sens. L'importance de la personnalité antérieure dans l'adaptation à la vieillesse y est également soulignée, notamment par D.B. SCHUSTER /74/ en 1954.

Au fil des années, les remaniements psycho-affectifs de la sénescence vont progressivement être jugés très importants par tous. Leur connaissance permet d'espérer une prévention de la détérioration intellectuelle des sujets âgés (lutte contre l'isolement social, familial, encouragement à l'activité) et la mise en place de techniques thérapeutiques (psychothérapies individuelles et de groupe, thérapeutique occupationnelle, autonomisation, actions sur l'environnement).

La notion de "défaillance psychique", décompensation mentale étroitement liée chez le vieillard à la notion d'évènement existentiel (deuil, déménagement), est évoquée en 1958 par J. POSTEL et coll /75/. à propos des hospitalisations. La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître le caractère nocif de ces dernières qui aggravent le "dépaysement" de la personne âgée, et ce en dehors de toute véritable pathologie.

Le maintien à domicile est donc recommandé. Lorsqu'il est impossible, l'hospitalisation dans des services spécialisés de gériatrie est reconnue indispensable à une bonne prise en charge.

Comme on vient de le voir, large place est faite dans les Annales Médico-Psychologiques à cette demande d'instauration d'une véritable politique de la vieillesse, en particulier dans le domaine de la psychogériatrie.

Les pouvoirs publics, sous forme du rapport de la commission LAROQUE, répondront à cette demande au début des années 60. La place des sujets âgés, et en particulier des retraités, dans la société est réaffirmée. La commission LAROQUE valorise la prévention, soutient le maintien à domicile des sujets âgés et juge indispensable d'humaniser les structures d'accueil. Elle propose des orientations budgétaires et sanitaires pour celà. Les modalités de prise en charge hospitalière vont être largement débattues dans les Annales Médico-Psychologiques à partir de 1960 ainsi que nous le verrons.

Entre 1950 et 1960, le problème particulier de la démence sénile tient toujours une place essentielle dans les Annales Médico-Psychologiques. La position nosologique de la démence, ses rapports avec les maladies d'ALZHEIMER et de PICK, elles mêmes souvent difficiles à différencier, sont encore à préciser.

L.MARCHAND et coll. /76/ soutiennent la théorie de pathogénie abiotrophique, conséquence de tares héréditaires ou congénitales. Ils classent les trois maladies dans le même groupe d'affections cérébrales hérédo-dégénératives intéressant un système anatomique particulier, comme le système strié dans la chorée chronique ou le système pallidal dans la "paralysie agitante"

Un auteur italien, Guisepe FLUCHINO /77/, avance dans la revue de presse de 1953 l'hypothèse d'une transmission héréditaire récessive du syndrome et évoque une relation avec la schizophrénie qui serait selon lui l'affection mentale la plus fréquemment rencontrée dans les familles de sujets déments séniles. Cette relation est également signalée par l'un de ses compatriotes, Mario BARUCCI /78/, en 1956, à propos de la fréquence des lésions cérébrales involutives séniles et artério-scléreuses compliquant la schizophrénie.

En 1955, un autre auteur italien, Giorgio LEONI /79/, étudie la névroglie du chiasma et des nerfs optiques chez des déments séniles, des artérioscléreux et des animaux âgés. Il trouve une hyperplasie astrocytaire et oligodendrocytaire avec faible degré de phénomènes régressifs. La nature de ces lésions lui fait émettre l'hypothèse d'une réaction à une "intoxication lente et faible" dont la nature n'est pas précisée.

Enfin, le rôle important des facteurs exogènes dans le déclenchement ou l'aggravation des démences séniles est progressivement admis par tous. De même l'influence des conditions existentielles et de la personnalité antérieure est évoquée dans un article de A.ACHAINTE et H.BONHOMME /80/ en 1957. Ces auteurs signalent l'existence d'une vie "accidentée" (divorces, célibats) chez les déments séniles et des anomalies caractérielles (grand autoritarisme, état permanent d'inquiétude, comportement bizarre, fantasque) qui montrent "l'état d'adaptation limite" de ces sujets durant leur vie.

Ainsi les chances de bonne adaptation à la sénescence varient d'un sujet à l'autre, ce qui permet d'envisager une prophylaxie de la démence, perspective plus optimiste que celle de L.MARCHAND.

Sur le plan anatomo-clinique, on retrouve quelques articles traitant :

- de la relation supposée par F.MOREL et E.WILDI /81/, dans la revue de presse de 1954, entre l'importance de la dilatation ventriculaire (en rapport avec le degré d'atrophie du parenchyme cérébral) et la quantité d'altérations cellulaires d'ALZHEIMER.
- de l'observation ponctuelle d'un tableau histologique d'angiopathie dysorique chez deux déments séniles dans la revue de presse de 1958. Les auteurs italiens, DONEGANI et SCHIFFER /82/, affirment l'importance de ces lésions pour les processus cérébraux séniles.
- du diagnostic différentiel, souvent difficile, entre démence sénile et démence vasculaire. La désorientation spatiale apparaît comme un bon signe d'orientation selon ANDERSON /83/, dans la revue de presse de 1958.

L'apport de la psychologie sur le plan diagnostique est indéniable, mais la plupart des psychologues reconnaissent la nécessité de tests réellement adaptés aux sujets âgés.

La notion de pathologie psychosomatique apparaît en 1954 au travers d'un article de P.A. CHATAGNON et coll /84/. qui traite du "rôle de l'émotion et de l'anxiété morbide dans l'apparition de manifestations somatiques chez deux séniles". Sans nier l'origine bactérienne ou virale possible des deux ictères bénins

observés, confirmés biologiquement et rapidement régressifs, P.A. CHATAGNON décrit le déséquilibre émotionnel important de ces patientes, la première qualifiée de maniaque et sub-onirique, la seconde hypocondriaque, délirante et sub-onirique, toutes deux très anxieuses. Pour P.A. CHATAGNON, les agressions de l'anxiété, de l'émotion morbide agissent chez les déments séniles, comme chez tous les "psychopathes", sur l'organisme entier et ses mécanismes, y compris sur la composition du sang.

En ce qui concerne les examens paracliniques dans le cadre de la démence sénile, on relève dans les différentes analyses de journaux et revues des articles concernant :

- la biologie de la démence sénile: le rapport protides-lipides sanguins serait augmenté chez les déments séniles d'après PARHON-STEFANESCU, PREDA et MEIU /85/, auteurs hongrois (1959). Ces derniers rappellent leurs travaux antérieurs sur l'élévation progressive des taux de cholestérol et de protides sanguins à l'approche de la vieillesse, élévation suivie d'une baisse après quatre-vingts ans. Cette diminution s'observant à un âge moins avancé chez les déments séniles, ils en concluent une anticipation des processus de vieillissement chez ces sujets. Le liquide céphalo-rachidien serait également modifié chez les déments séniles, d'après B.ALBANESE /86/, auteur italien (1959). Ces modifications spécifiques traduiraient selon lui un processus de désintégration du système nerveux dont la forme grave serait la démence sénile.
- l'électroencéphalogramme qui, bien que non spécifique d'une pathologie exacte, peut permettre d'orienter le diagnostic vers une démence liée à une atrophie corticale type maladie d'ALZHEIMER (D.W.LIDDELL 1959 /87/).
- la pneumo-encéphalographie à la Bingel, qui n'est pas d'une grande utilité pour distinguer les différentes formes de démences séniles et pré-séniles, mais peut servir à distinguer les "psychoses affectives" à début tardif et les démences de l'âge avancé (V.DEL GRECO 1957 /88/).

A partir de 1950, on observe une forte augmentation des références relatives à la thérapeutique dans les Annales Médico-Psychologiques. L'utilisation

des méthodes de choc convulsivantes chez les malades âgés est courante mais non dénuée de complications chez des sujets dont l'état général est précaire. Les indications varient suivant les auteurs: complications psychotiques des démences organico-séniles (HACQUARD et MERCIER en 1955 /89/), psychoses fonctionnelles (EHRENBERG et GULLINGSRUD en 1956 /90/), mélancolies d'involution (FISHBEIN en 1951 /91/) qui, d'après H.EY et J.BURGUET /92/ en 1952, voient la durée des crises diminuer par convulsivothérapie avec cependant des récives fréquentes.

En 1951 paraît un article de J.RONDEPIERRE et G.BARON /93/ sur l'hormonothérapie mâle dans les démences séniles. A partir de l'observation d'une rémission spectaculaire chez un dément sénile de quatre vingt cinq ans traité par propionate de testostérone, les auteurs enthousiastes entrevoient la possibilité de stabiliser, voire même de faire récupérer les sujets âgés déments. Malheureusement, cet espoir sera de courte durée. En 1953, les mêmes auteurs publient la suite de l'observation précédente /94/: un mois après le début de l'amélioration clinique, le sujet se détériorait à nouveau et de manière très rapide, aboutissant à sa mort en trois mois, et ce malgré la reprise du traitement hormonal. L'autopsie permettait de diagnostiquer une démence mixte ("Maladie d'ALZHEIMER et athérome cérébral"). Les auteurs y voient un nouvel exemple d'absence de parallélisme entre le degré des perturbations fonctionnelles et l'importance de la destruction corticale. Ils s'interrogent par ailleurs sur le mode d'action (action qui ne fait nul doute d'après eux) du traitement hormonal appliqué dans leur observation, et évoquent à propos de l'atrophie corticale l'hypothèse d'un dépérissement, d'un épuisement de l'énergie cellulaire dûs à des phénomènes chimiques ou à des perturbations endocriniennes. En tout état de cause, ils rappellent les résultats positifs obtenus par la convulsivothérapie et la pneumoencéphalothérapie dans les démences séniles.

L'hormone somatotrope est également proposée en 1958 par M.VERMOREL, H.VERMOREL et F.GROUSSIER /95/ dans le traitement des psychoses de la sénilité, particulièrement des démences artério-scléreuses, avec de plus un effet positif sur les troubles cardiaques souvent associés.

Dans la revue de presse de 1954, C.LAROCHE /96/, se basant sur des études montrant une baisse de toutes les sécrétions endocriniennes au cours de la vieillesse, préconise même une thérapeutique préventive et curative de la sénescence en général par hormones thyroïdiennes, sexuelles et surrénaliennes associées.

Outre l'hormonothérapie, un certain nombre de substances vont être proposées dans les troubles de la sénilité: le cytochrome C (R.W.GARNETT et W.O.KLINGMAN en 1953 /97/), l'acide nicotinique à titre curatif dans les psychoses séniles à début récent et rapide et à titre préventif (I.GREGORY en 1954 /98/), l'acide désoxyribonucléique et l'acide ribonucléique dans les troubles mnésiques sévères associés à un syndrome confusionnel (E.CAMERON en 1958 /99/), l'adénosine tri-phosphate dans les états confusionnels et dépressifs (G.MARS, M.MORPUGO et B.SEVERGNINI en 1958 /100/), la novocaïne en tant que facteur "eutrophique et rajeunissant" (C.I.PARHON et A.ASLAN en 1959 /101/).

Ces "traitements" ne susciteront qu'un intérêt éphémère devant l'apparition de molécules originales ouvrant de nouvelles perspectives en matière de thérapeutique psychiatrique. La réserpine, les médications "ataraxiques", le méprobamate et surtout la chlorpromazine sont cités à partir de 1956 dans les articles des Annales Médico-Psychologiques concernant les sujets âgés. Les auteurs constatent grâce à ces thérapeutiques une meilleure prise en charge des malades, un raccourcissement de la durée d'hospitalisation et surtout la mise en évidence de psychoses fonctionnelles de bon pronostic, autrefois étiquetées démences organiques.

Parallèlement à cette extraordinaire évolution de la chimiothérapie, les auteurs découvrent et rapportent les effets iatrogènes des médicaments. Lors de la séance du 10 Novembre 1952 de la Société Médico-Psychologique, P.A. CHATAGNON et coll. /102/ citent un cas de choc à l'aneurine (vitamine B1) chez une alcoolique chronique sénile. En 1956, A.G.MANCEAUX et coll. /103/ signalent un cas d'encéphalite à forme hémiplegique après vaccination antivariolique chez un sujet artério-scléreux de 69 ans aux antécédents d'encéphalite dans l'enfance. Au cours de la séance du 29 Avril 1957 de la Société Médico-Psychologique, J.Y.ACHALLE et coll. /104/ présentent une association de dérivé bromé d'hydantoïne et de phénobarbital active sur les cas de turbulence des vieillards séniles. P.ABELY, au cours de la discussion qui s'ensuit, signale les effets de l'hydantoïne sur l'hématopoïèse et décrit deux cas de sensibilisation à l'association pré-citée dans son service. A.MASSON, quant à elle, mentionnant au passage le fonctionnement satisfaisant des premiers services de gérontologie dont celui de Saint Maurice, recommande la prudence dans le maniement des "calmants" chez les vieillards.

Les thérapeutiques chirurgicales sont également appliquées aux sujets âgés. Une lobotomie chez un artério-scléreux persécuté de soixante quinze ans est rapportée par A.BROUSSEAU et J.LE BEAU /105/ en 1951. Ces auteurs rappellent les nombreuses contre-indications de la neuro-chirurgie en gériatrie. L'infiltration du ganglion stellaire dans les psychoses organiques séniles, l'administration intrathécale d'hyaluronidase chez des malades séniles et artério-scléreux sont décrites respectivement par J.HABER /106/ et E.CAMERON et coll. /107/ dans les revues de presse de 1956 et 1958. Elles sont pratiquées aux Etats Unis avec des résultats peu probants et des risques non négligeables pour la seconde.

Enfin, en neurologie, on ne retrouve pas d'articles originaux concernant le sujet âgé entre 1950 et 1960. Les différentes revues de presse fournissent quelques données sur le vieillissement neurologique: chronaxies vestibulaires et neuro-musculaires conservées avec l'âge pour G.BOURGUIGNON et F.BOURLIERE /108/ en 1953, baisse de la sensibilité vibratoire et des réflexes tendineux, déficit moteur prédominant aux membres inférieurs pour P.GRAUX et coll. /109/ en 1959. L'électroencéphalogramme des sujets âgés normaux est également étudié. Pour G.MENGOLI /110/ en 1954, il existe trois types de tracés: l'un strictement normal, l'autre plus lent (sept ou huit cycles par seconde), le troisième à fréquence variable mais avec labilité du rythme alpha et irrégularités. Les modifications pathologiques sont multiples, un rythme lent et irrégulier signant le plus souvent un état de souffrance cérébrale. Pour O.SAGER et coll. /111/ en 1959, la diminution globale de l'activation corticale sans autres troubles associés (en particulier circulatoires) peut se manifester par un ralentissement du rythme alpha, une synchronisation des décharges, l'apparition d'ondes de recrutement. En pathologie, on peut observer des ondes rapides, des pointes isolées, une faible amplitude du rythme dominant, une modulation limitée de l'électrogénèse, tous signes traduisant l'existence de troubles circulatoires cérébraux importants selon les auteurs.

En épileptologie, les auteurs signalent :

- la rareté de l'épilepsie essentielle tardive au profit de l'épilepsie symptomatique. (F.SAL Y ROSAS /112/, revue de presse de 1951)
- la rareté des crises généralisées par rapport aux crises partielles, avec électroencéphalogramme normal ou révélateur d'un foyer le plus souvent temporal, ou encore anomalies électriques de type

dysmétabolique (P.SARTESCHI et R.ARDITO /113/, revue de presse de 1957).

La chorée sénile, en tant qu'entité anatomo-clinique, est discutée. Pour J.FLAMMENT /114,115/ (revues de presse de 1957 et 1958), il faut distinguer la chorée des artério-scléreux d'une part, et le groupe des chorées séniles comprenant la chorée située dans le cadre de la démence sénile et le syndrome choréique non héréditaire de la présénilité, sans troubles mentaux, d'autre part.

Le traitement des hémiplésies vasculaires des vieillards est abordé par P.MOUREN /116/ dans la revue de presse de 1953. L'auteur préconise l'institution d'une thérapeutique précoce et intensive des ictus, d'où la nécessité de structures adaptées.

Ainsi, comme on a pu le voir à travers ce chapitre, l'intérêt des auteurs pour les sujets âgés s'est particulièrement accru entre 1950 et 1960. La nécessité sociale et médicale d'une politique de la vieillesse est unanimement reconnue. Celle-ci va progressivement se mettre en place à partir de 1960.

B. - Le sujet âgé dans les Annales Médico-Psychologiques de 1960 à nos jours.

C'est entre 1960 et 1970 que l'on rencontre le plus d'articles concernant le sujet âgé. Comme on l'a vu précédemment, le problème de l'assistance aux vieillards est alors d'actualité, et en particulier les modalités de prise en charge.

En 1961, J.POSTEL et coll. /117,118/ font paraître deux volumineux articles sur les défaillances psychiques du vieillard et leur prévention. Les défaillances psychiques du vieillard, se manifestant par une confusion mentale anxieuse avec troubles neuro-végétatifs sans troubles démentiels vrais, sont définis par :

- une cause déclenchante: organique (maladies cardio-vasculaires, infectieuses, affections rénales et urinaires, traumatismes et complications de decubitus, carences alimentaires), psycho-affective (deuil, émotion violente, conflit familial, hospitalisation), sociale ou économique.
- une personnalité prédisposante: affaiblissement psychique, caractère névrotique particulier fait de mécanismes de défense et de régression

plus ou moins accusés. Les mécanismes défensifs peuvent être communs avec ceux de l'adulte: répression (troubles mnésiques), suppression, négation de la réalité, constructions imaginaires, idées délirantes (persécution, jalousie), refus de la mort. Ils peuvent être spécifiques du sujet âgé: rétrécissement du cadre de vie, misonéisme (rejet de toute nouveauté), égocentrisme, tendance à la systématisation, valeur excessive donnée aux signes. La régression vers des stades pré-génitaux du développement libidinal est également caractéristique selon les auteurs: stade anal (agressivité, avarice, égocentrisme), stade oral (boulimie, gourmandise).

La prévention de ces défaillances psychiques passe par la lutte contre la désocialisation :

- maintien à domicile le plus longtemps possible, avec mise en place de services de soins à domicile: aide-ménagères, hospitalisation à domicile (s'inspirant de modèles américains, les "home care") dont les auteurs signalent une première expérience autour de l'hôpital TENON à Paris.
- création de maisons de retraite, de "villages" de vieillards. L'inadéquation totale des hospices est une fois de plus signalée.
- si l'hospitalisation est indispensable, l'hôpital gériatrique semble être l'institution la mieux adaptée pour les auteurs. Un personnel médical, paramédical et social qualifié, l'intervention de diététiciennes, une démarche interdisciplinaire permettront une bonne qualité des soins.

Ainsi J.POSTEL va dans le sens du rapport LAROQUE qui préconise des services de gériatrie dans les C.H.U. et la formation des "gériatres en psychiatrie plutôt que l'inverse".

Au cours de la même année, la revue de presse fait état d'un rapport d'A.M FIAMBERTI /119/, auteur italien, au symposium international de Venise (en 1957) sur les aspects médico-sociaux des affections nerveuses séniles. L'auteur se déclare favorable à la création de sections gérontologiques dans les instituts neuro-psychiatriques plutôt qu'à la création d'institutions pour malades neurologiques âgés ou de sections neuro-psychiatriques dans des centres gérontologiques. Il rejoint en cela C.MOUZET /120/, élève de BENOISTON, qui, dans sa thèse intitulée

"Contribution à l'étude du placement des vieillards dans les hôpitaux psychiatriques" (revue de presse de 1962), préconise d'une part l'adaptation des hospices afin de prévenir les internements abusifs trop fréquents, et d'autre part l'aménagement de services de gériatrie neuropsychiatrique dans les hôpitaux psychiatriques.

Parmi les autres mesures prophylactiques, citons celles proposées par G.GAUDIN /121/ dans la revue des thèses de 1964 :

- consultation au dispensaire d'hygiène mentale pour les petits incidents psychiques.
- consultation psychiatrique dans les hospices.
- recherche biologique et statistique dans les hôpitaux psychiatriques sur les maladies de la vieillesse.
- poursuite de la surveillance médicale sur l'ancien lieu de travail.

Cette dernière proposition est importante car elle évoque le problème des troubles psychologiques liés à la retraite, problème abordé en 1960 par P.A. CHATAGNON et coll. /122/ Le sentiment de dévalorisation sociale et familiale, la rupture avec les habitudes, les compagnons de travail, l'inquiétude liée à la diminution des ressources financières, la crainte du désœuvrement affectent les sujets parvenant à l'âge de la retraite. Pour les auteurs, ce "temps social" ne devrait pas être aussi précisément déterminé. Ils préconisent donc la possibilité de demandes de prolongation d'activité professionnelle, avec statut spécial, pour les travailleurs "efficaces" qui le désirent. Ils recommandent aussi la prévention des troubles liés à cette étape de la vie par les services médico-sociaux des entreprises, l'adéquation des postes de travail pour les personnes approchant la retraite et présentant une baisse du rendement et de l'activité. De bonnes conditions matérielles pendant la retraite leur paraissent indispensables à une bonne adaptation, laquelle dépend aussi de la personnalité antérieure et de l'environnement. Les auteurs plaident en conclusion pour une meilleure compréhension des vieillards par les "jeunes", ce qui relève selon eux d'une bonne éducation populaire.

En 1962, P.A. CHATAGNON /123/ s'intéresse de nouveau à l'âge de la retraite. Dans un article intitulé "Le travailleur intellectuel au troisième âge", il distingue trois catégories de travailleurs :

- celle des travailleurs ouvriers, ouvriers spécialisés, petits artisans, petits commerçants dont le niveau de connaissances générales est faible mais dont le sens pratique développé pourrait être utilisé par exemple dans les zones rurales désertées par les jeunes.
- celle des cadres et du personnel de direction des entreprises privées et administrations, qui exercent l'autorité. Cette catégorie est très exposée sur le plan psychologique à l'âge de la retraite, et la seule prévention consiste en un investissement personnel parallèle au travail.
- celle des intellectuels, enseignants, chercheurs, à qui l'on devrait confier des travaux de documentation, de synthèse et de mise au point.

I. CHATAGNON évoque pour terminer la participation du travail au bonheur moral et matériel, à la dignité de l'homme, et met en avant l'avantage, d'un point de vue sociologique, à utiliser les capacités productrices résiduelles au cours et au delà du troisième âge.

S.PACAUD et M.O LAHALLE /124/, dans la revue de presse de 1963, évoquent les "rêves professionnels non réalisés" de nombreux sujets âgés. Ils conseillent de s'inspirer de ces rêves pour l'organisation des loisirs des vieillards, en instituant une véritable nouvelle formation professionnelle chaque fois que cela est possible. Ainsi l'on éviterait selon eux le caractère artificiel et l'aspect souvent humiliant d'activités considérées comme des jeux d'enfants.

Comme on peut le voir, l'assistance aux personnes âgées, quoiqu'encore très théorique, se met progressivement en place au début de ces années 60. Son caractère multi-disciplinaire est unanimement reconnu. Dans les Annales Médico-Psychologiques, psychiatres, neurologues, psychologues, sociologues continuent par ailleurs d'oeuvrer pour une meilleure approche de la gériatrie.

En 1963, M.LECONTE /125/ publie un volumineux article concernant le socio-diagnostic en géronto-psychiatrie. Ce socio-diagnostic, primordial, est souvent intriqué aux somato, psycho et biodiagnostics. Il est établi à travers les certificats médicaux, rapports de police, rapports de l'assistance sociale, renseignements des familles, rapports et documents administratifs divers. Il doit également être approfondi dans les services de psychiatrie pour servir par exemple à un aménagement particulier des locaux et du matériel.

En psychiatrie, L.MARCHAND /126/ refait la même année le point sur les troubles mentaux des personnes âgées, d'un point de vue "anatomo-clinogénétique":

- la démence sénile est caractérisée par une atrophie cérébrale et des lésions dégénératives microscopiques (plaques séniles, dégénérescence "atrophique" des cellules cérébrales). L.MARCHAND souligne l'importance de l'hérédité associée aux facteurs déclenchants, et l'absence de traitement efficace sur le processus évolutif. Seuls les traitements symptomatiques concernant par exemple les états d'agitation, les escarres, l'alimentation, peuvent être appliqués aux déments séniles.
- la démence vasculaire est elle aussi caractérisée par une atrophie cérébrale et surtout par son origine ischémique. Les troubles mentaux y sont associés à des symptômes neurologiques. Là encore, il existe un facteur constitutionnel et des causes multiples. Le traitement ne peut être que préventif: suppression de l'alcool, du tabac, régime alimentaire adapté.
- les névroses séniles: hypochondriaques, neurasthéniques, obsessionnelles, d'angoisse, psychasthéniques. Elles sont caractérisées selon L.MARCHAND par d'autres accès semblables dans les antécédents du sujet.
- les psychoses séniles :
 - états dépressifs, souvent marqués par des idées hypochondriaques et suicidaires, à l'origine desquels on retrouve des facteurs affectifs importants.
 - mélancolie d'involution.
 - délires chroniques hallucinatoires et délires d'interprétation (préjudice, persécution)
 - états confusionnels.

L.MARCHAND souligne l'extrême efficacité des thérapeutiques de l'époque sur ces psychoses séniles, tout en recommandant la prudence dans le maniement des psychotropes chez le sujet âgé. Il recommande par ailleurs lui aussi d'éviter le syndrome asilaire. R.BOUQUET /127/, en 1963, insiste sur la fréquence des

troubles psychiques entrant dans le cadre d'une maladie organique, d'où la nécessité d'une surveillance médicale régulière, ciblée en fonction de l'âge.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'importance de l'hérédité dans la démence sénile.

Ainsi J.CONSTANTINIDIS, G.GARRONE et J. DE AJURIAGUERRA /128/, dans la revue de presse de 1963, parlent d'un trouble cérébral, sans doute constitutionnel, condition sine qua non pour l'apparition des troubles démentiels. Cependant, pour ces auteurs, le mode de développement de la défense de l'individu, lié plus à l'existence même du trouble cérébral qu'à sa nature, la personnalité antérieure du sujet et la réaction de son entourage sont autant de facteurs à ne pas négliger. L'influence de la culture, du niveau d'éducation sur la détérioration mentale avait également été citée dans la revue de presse de 1961 par C.MENOZZI et G.SCARLATTO /129/.

P.BERTRAN /130/, auteur espagnol, décrit dans cette même revue de presse de 1963 un cas de maladie d'ALZHEIMER probablement familial, et rappelle la fréquence, dans la famille des malades, de démences séniles, d'hémorragies cérébrales, de mélancolie involutive, de schizophrénie.

La revue de presse de 1964 signale une étude suédoise /131/ qui, elle aussi, conclue à l'existence de facteurs héréditaires spécifiques pour la démence sénile (transmission autosomique dominante) et pour la démence artériopathique. Cette dernière est beaucoup plus fréquente que la démence sénile pure pour M.COTTIN /132/ (revue des thèses de 1963). Quant aux formes mixtes, elles sont largement prédominantes. Cet élément artériopathique, trop souvent négligé selon l'auteur, est pourtant très important. Il rappelle le rôle décompensateur, du point de vue psychique, d'une insuffisance cardiaque et des infections pulmonaires et urinaires.

J.DELAY et S.BRION /133/ dans leur ouvrage intitulé "Les démences tardives" (revue des Livres, Thèses et Brochures de 1963), confirment le point de vue de M.COTTIN et donnent entre autres les résultats de leur étude sur les démences dégénératives (les hérédo-dégénérescences systématisées), maladies de PICK et d'ALZHEIMER. Pour eux, les lésions essentielles dans la maladie d'ALZHEIMER (plaques séniles et dégénérescence neuro-fibrillaire) prédominent dans les régions pariéto-occipitales et temporales. Sur le plan clinique, il s'agit d'une démence massive, avec troubles considérables de la mémoire et de l'orientation, syndrome aphaso-apraxy-agnosique authentique, et parfois signes extra-pyramidaux. Dans la maladie de PICK, les lésions essentielles (atrophie

corticale avec raréfaction cellulaire, gliose très marquée) touchent bilatéralement les régions fronto-temporales. Les formes occipitales et pariétales n'existent pas. De plus, il y a des lésions fréquentes de la substance blanche, des noyaux gris centraux (surtout noyau caudé) et des voies d'association cortico-pontines. Cliniquement, il s'agit pour les auteurs d'une démence monotone avec réduction globale du stock des idées, stéréotypies verbales et gestuelles, absence de désorientation temporo-spatiale, faux syndrome aphaso-apraxy-agnosique et rares syndromes extra-pyramidaux.

Dans la critique qui s'ensuit, X.ABELY reproche aux auteurs le caractère trop systématique et trop exclusif des descriptions, tant du point de vue topographique que clinique. Il minimise l'importance du diagnostic différentiel entre ces deux maladies qui sont par contre bien distinctes des autres types de démence.

La revue de presse de 1963 relève par ailleurs la description par J.K.BINNS et E.ROBERTSON /134/ d'un cas de maladie de PICK dans l'âge avancé. Le diagnostic de démence sénile avait été initialement posé, ce qui prouve bien l'étroite intrication de ces démences dégénératives.

Certains auteurs ne s'y trompent pas, et l'on relève en 1963 un mémoire de J DE AJURIAGUERRA et coll. /135/ sur les stéréotypies dans les "démences séniles du grand âge". Les auteurs étudient ce symptôme chez 30 sujets atteints de démences (10 artériopathiques et 20 atrophico-dégénératives). Ils constatent que les activités motrices stéréotypées sont extrêmement riches dans tous les cas, dès l'apparition de signes neurologiques et de l'apraxisme. Il s'agit d'itérations des mains, des membres inférieurs, des membres inférieurs et du tronc conjuguées. Sans présumer du type de démence, la discussion porte sur les corrélations possibles de ces itérations avec les divers aspects du syndrome neurologique et du syndrome aphaso-apraxy-agnosique. L'hypothèse est émise que les stéréotypies trouvent leur cause et leur raison d'être dans l'apraxisme des malades et leur forme dans le syndrome neurologique.

En 1962, P.A.CHATAGNON et coll. /136/ avaient exposé, au cours de la séance du 22 Octobre de la Société Médico-Psychologique, la notion de pérennité de l'"instinct" maternel au cours de la dégradation mentale, et ce quelque'en soit l'origine. Ils présentaient le cas d'une femme de 86 ans, démente à un stade évolué de déstructuration, présentant une attitude de "mère nourricière" vis à vis de deux poupées. Cette femme avait effectivement été mère nourricière au début du siècle. Les auteurs concluent à la persistance chez elle et malgré la dégradation de sa personnalité profonde, de ses sentiments altruistes d'amour maternel. On

verra comment ce concept très intéressant va évoluer et aboutir à celui d'objet non animé (cf les articles ultérieurs de J.M.LEGER et coll.)

Certains auteurs rappellent la nécessité absolue de pratiquer un examen somatique complet dans le cadre du bilan d'un syndrome démentiel. Ainsi FAU et coll. /137/ décrivent dans la revue de presse de 1961 un cas de démence pseudo-sénile révélatrice d'un anévrisme intra-crânien. B.SCHOTT et coll. /138/ publient dans celle de 1963 l'observation d'un sujet présentant un gliome temporo-occipital droit simulant un tableau d'atrophie cérébrale d'ALZHEIMER.

L'apport de l'électroencéphalographie dans ce domaine intéresse les auteurs tels P.GUIRAUD, J.J.RONDEPIERRE et coll. /139/ qui évoquent au cours de la séance du 13 Mars 1961 de la Société Médico-Psychologique la corrélation, dans la maladie d'ALZHEIMER, entre l'existence de signes électroencéphalographiques focalisés et la prédominance des lésions histo-pathologiques dans certaines zones du cortex cérébral. Dans la revue de presse de 1964, on trouve un article de I.Y MINTZ et N.L.GORBATCH /140/ sur les particularités de l'activité électrique du cerveau dans la sénilité et l'athérosclérose. Un groupe de 77 personnes âgées de 60 à 80 ans et plus est réparti en deux sous-groupes. Le premier est caractérisé par des signes initiaux d'athérosclérose avec, sur le plan clinique, affaiblissement mnésique, fatigabilité, troubles du sommeil, début d'affaiblissement intellectuel, réflexes axiaux, parfois petit syndrome amyostatique, troubles circulatoires (vertiges, céphalées). Dans le second groupe, le tableau est aggravé et s'accompagne de signes organiques: syndrome sous-cortical (bradykinésie, tremblement statique), troubles de l'innervation crânienne, asymétrie des réflexes avec parfois réflexes pathologiques, bourdonnements, céphalées, vertiges, troubles de la marche. Les auteurs décrivent 5 types de tracés:

1. alpha régulier, d'amplitude moyenne, de fréquence stable mais ne dépassant jamais 10 cycles/sec.
2. alpha de grande amplitude avec une dominance du rythme 9-10 cycles/sec, ondes pointues ou ondes de type alpha déformées et ralenties.
3. alpha assez régulier mais de basse amplitude (inférieure à 30 mV).
4. absence presque totale d'alpha, activité électrique basse, tracé plat avec parfois des ondes lentes déformées et irrégulières et des ondes bêta de faible amplitude. Pas d'action de l'occlusion des yeux.

5. alpha de type bas ou moyen, désorganisé, désynchronisé avec parfois des ondes rapides irrégulières de faible amplitude.

Le type 1 a été rencontré uniformément de 60 à 80 ans et plus, plus fréquemment chez les sujets présentant des signes initiaux d'athérosclérose.

Le type 2 a été trop rare pour permettre une analyse.

Le type 3 est assez indépendant de l'âge et de l'importance de l'athérosclérose.

Le type 4 est essentiellement rencontré chez des sujets de plus de 70 ans.

Le type 5 est retrouvé chez le plus grand nombre des sujets étudiés. Il n'y a pas de relation avec l'âge, mais une relation probable avec l'importance de l'athérosclérose.

En général, la fermeture des yeux déterminait l'apparition d'alpha après une latence plus élevée et les ondes augmentaient d'amplitude pendant 1 à 2 secondes. La stimulation lumineuse intermittente aggravait la désorganisation et la désynchronisation.

En 1967, M.A.FORTIN /141/ décrit le tracé électroencéphalographique de la démence d'ALZHEIMER: rythme de fond de 7 à 11, asymétrique, d'amplitude variable plutôt basse, activité rapide ou lente (2 à 5, peu influencée par l'hyperpnée), alternance entre activité rapide et activité lente subite, parfois accidents paroxystiques surtout temporaux. Dans la revue de presse de 1968, E.B.GORDON et M.SIM /142/ signalent la réduction de l'activité alpha plus caractéristique chez les sujets atteints de maladie d'ALZHEIMER que chez les autres déments, constatation importante pour le diagnostic.

L'intérêt des tests mentaux en géronto-psychiatrie est abordé par A.CALANCA /143/, psychiatre suisse, en 1964. Il énumère les nombreux problèmes posés par ces tests en gériatrie :

- manque d'étalonnage pour une population de vieillards.
- tests non adaptés aux sénescents.
- application difficile par manque de coopération des sujets

Qu'il s'agisse de tests d'efficience ou de personnalité, la nécessité de créer des tests spécifiques aux personnes âgées s'impose.

Concernant les examens biologiques, on relève en 1960 un article de J.CONSTANTINIDIS /144/ sur les protéines sériques dans les différentes démences

de l'âge avancé. Cette étude, coïncidant avec la découverte de la chromatographie et de l'électrophorèse, conclue aux résultats suivants :

- protides totaux normaux.
- rapport albumine/globulines diminué, avec augmentation des globulines, surtout bêta et gamma (ceci par rapport aux adultes et aux vieillards normaux).

Il n'y a pas de différence selon le type de démence. L'auteur pose la question d'une relation entre ces anomalies et les processus pathologiques responsables des troubles démentiels.

Au cours d'une séance de la Société Médico-Psychologique en Avril 1966, J.Y.MORIN et coll. /145/ exposent leurs réflexions suggérées par le problème des syndromes déficitaires en gérontologie. Cet exposé résume assez bien les problèmes posés et les nouvelles orientations en matière de détérioration intellectuelle des sujets âgés. Sur un ton très ironique, les auteurs résument tout d'abord les conditions d'admission scandaleuses des malades séniles en hôpital psychiatrique. Ils critiquent par ailleurs la prise en charge de ces malades à domicile, trop souvent inadéquate, l'utilisation de thérapeutiques intempestives et inadaptées modifiant la symptomatologie initiale au point de rendre parfois impossible le diagnostic précis. Ce dernier perd d'ailleurs de son importance une fois le syndrome déficitaire constaté. En effet, après analyse des différents ouvrages sur la question, les auteurs constatent que les maladies de PICK, d'ALZHEIMER, les démences artériopathiques et séniles, quoique décrites dans leur cadre nosologique habituel, présentent toutes des variations de l'âge d'apparition et de la durée d'évolution, des formes mixtes, des formes parcellaires mono ou pauci-symptomatiques, des formes trompeuses, des associations possibles avec les syndromes neurologiques, des formes modifiées par les thérapeutiques antérieures. Le diagnostic clinique précis s'avère donc souvent extrêmement difficile, n'offrant qu'une "satisfaction spéculative peu efficiente". Les épreuves psychométriques sont variables et les tracés électroencéphalographiques décevants.

Les états démentiels s'accompagnent constamment de troubles cardiovasculaires et de l'irrigation cérébrale, d'une insuffisance rénale, de perturbations métaboliques, d'une dénutrition plus ou moins marquée, les auteurs préconisent un examen somatique et biologique le plus complet possible. Ceci permet tout d'abord d'éliminer les pseudo-démences d'origine métabolique ou organique, puis de traiter

les insuffisances circulatoires cérébrales (l'HYDERGINE et l'HEPTAMYL sont vivement recommandés), de réalimenter, de réhydrater si nécessaire. Deux thérapeutiques nouvelles, l'AMINOTROPHYL (complexe d'acides aminés et de principes vitaminiques lyophilisés) et le REVILAN (association de vitamines B, d'ascorbate de magnésium et d'un sulfamide à faible dose, la sulfadiazine) sont utilisées avec des résultats satisfaisants, l'une sur les escarres, l'autre à titre préventif contre les "crypto-infections infracliniques non hyperthermiques", avec pour effet une protection de l'organisme sénile et une amélioration parfois spectaculaire de la symptomatologie. Ces thérapeutiques ont par ailleurs l'avantage de réduire considérablement la durée d'administration des sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques ou neuroleptiques qu'on conseille d'utiliser avec prudence. L'association procaine à 2% - A.D.N, active sur les troubles physiques de la sénescence est citée, ainsi que les cures ambulatoires d'oligo-éléments, d'extraits glandulaires et placentaires, de cellules lyophilisées, de cellules fraîches, utilisées essentiellement à l'étranger.

Comme on a pu le remarquer, le problème de la démence sénile continue de passionner les auteurs. Mais on constate l'apparition d'un courant de pensée qui va davantage s'intéresser aux mécanismes psychopathologiques caractérisant les démences qu'à leur classification. Cette démarche vise à améliorer la prise en charge des déments et à mettre au point une véritable attitude thérapeutique s'opposant à la notion d'incurabilité admise par la plupart jusqu'alors.

Pour ce qui concerne les autres psychopathies, on constate la même démarche, essentiellement à visée préventive. La plupart des références proviennent des revues de presse.

En 1962, on relève un article de P.SARTESCHI /146/ sur les psychoses affectives de l'âge involutif. L'auteur distingue :

- des tableaux psychotiques patents: mélancolie pure, dépression paranoïde, forme maniaque, états mixtes.
- des psychoses mineures: dépression hypocondriaque, dépression anxieuse, dépression "mitis".

En se basant sur l'âge de début et les modes évolutifs, il sépare 3 groupes fondamentaux de psychopathies :

- les épisodes tardifs des psychoses affectives phasiques mono ou bipolaires, dont le début remonte à la jeunesse (formes de psychose maniaco-dépressive).
- les psychoses dysthymiques à début tardif avec évolution ultérieure phasique mono ou bipolaire (à rattacher à la psychose maniaco-dépressive).
- les psychoses affectives à début tardif comprenant les dysthymies endogènes tardives et les affections dysthymiques typiques de l'âge involutif.

Dans les formes épisodiques, on note une prévalence de tableaux paranoïdes et hypocondriaques, une plus grande durée de l'épisode morbide, une fréquence plus élevée des formes stationnaires, un facteur héréditaire dysthymique moins marqué, l'importance plus forte des facteurs déclenchants. L'affaiblissement intellectuel est fréquent. Pour l'auteur, la sénescence serait un facteur révélateur d'une disposition endogène latente, et imprimerait une allure caractéristique à ces psychopathies.

Pour W.H.GILLESPIE /147/, en 1964, il existe 3 séries prééminantes de symptômes :

- des idées de persécution.
- de la dépression.
- des idées ou des délires hypocondriaques à prédominance intestinale.

Sur le plan psychopathologique, l'auteur caractérise la sénilité par :

- une exagération des traits de caractère résultant des forces de défense de l'ego menacé.
- un manque d'intérêt pour l'extérieur avec concentration sur soi-même par régression de l'attrait libidinal à un niveau narcissique. Ceci entraîne un recul vis à vis de la réalité, premier pas vers la psychose: il devient possible de négliger le principe de réalité et d'arranger les choses au gré du principe de plaisir.
- une régression libidinale et de l'ego à l'origine d'une peur intense de la mort ou du phénomène d'hypocondrie.

Cette peur de la mort avait été signalée en 1963 par G.ABRAHAM /148/ dans une étude de 110 cas de vieillards atteints de troubles mentaux, l'auteur la considérant lui comme un reste de lien avec le réel.

En 1965, H.SJÖGREN /149/, dans un article sur la paraphrénie, la mélancolie et les psychonévroses dans le préseium et la sénilité, souligne l'importance de la notion de pathologie fonctionnelle chez les gens âgés, notion selon lui trop souvent méconnue au profit d'hypothétiques détériorations organiques.

En 1966, C.CITTERIO et M.VACCHINI /150/ décrivent la crise neurasthénique de la vieillesse, réaction contre le fait même du vieillissement, aggravée par l'existence d'une maladie invalidante susceptible de faire basculer le sujet dans la démence, de même que la psychonévrose anxieuse à substratum organique.

La dépression est considérée par tous comme une pathologie très fréquente chez le sujet âgé.

Dans la revue de presse de 1961, on relève une étude de P.SAINSBURY /151/ sur le suicide des vieillards. Pour lui, 15 à 20% des sujets qui se suicident après 60 ans présentent des symptômes de détérioration intellectuelle et des troubles cérébro-vasculaires. Une dépression pathologique précède le suicide dans la moitié des cas, dépression parfois masquée par de l'irritabilité, des symptômes physiques ou un état paranoïde. P.SAINSBURY évoque les facteurs prédisposant au suicide: les maladies physiques, les mauvais rapports familiaux, l'isolement, les privations, la destitution, la pauvreté, le manque d'emploi, la retraite, l'hospitalisation. Le niveau social paraît avoir une influence (moins de suicides dans les classes sociales les plus élevées).

La prévention est abordée en conclusion. Elle consiste en mesures sociales concernant les besoins économiques et la place réelle des sujets âgés dans la communauté.

I.G.CHOUMSKI /152,153,154/ décrit entre 1963 et 1965 les états mélancoliques de l'âge avancé, la dépression circulaire du point de vue clinique et électroencéphalographique. Pour cette dernière, il distingue 3 groupes: celui des dépressions circulaires typiques, celui des dépressions hypocondriaques, celui des délires dépressifs, avec des formes atypiques fréquentes et des évolutions prolongées attribuées à l'altération du terrain. Il retrouve une charge héréditaire directe et latérale chez 80% des malades, surtout dans le groupe délirant. La personnalité prémorbide est souvent cyclique, labile ou caractérisée par des signes de dépression constitutionnelle.

Le concept de mélancolie d'involution est encore très discuté. Pour certains, comme I.G.CHOUMSKI /155/, il s'agit d'une maladie autonome (revue de presse de 1968). C'est une dépression complexe avec troubles affectifs et anxiété au paroxysme, suivis par un délire dépressif conduisant à la paraphrénie mélancolique (syndrome de COTARD), et accompagnés par la troisième composante, une excitation motrice monotone. Les idées délirantes de type paranoïde (persécution, grandeur), les troubles sensoriels et les signes catatoniques sont absents de ce tableau, leur constatation orientant vers une psychose schizophrénique de la deuxième moitié de la vie. Pour d'autres, dont R.BALSANTI et A.DI MONTE /156/ (revue de presse de 1968), l'autonomie nosographique des syndromes dépressifs de l'âge involutif n'est pas justifiée. Ces auteurs admettent cependant l'influence de la vieillesse sur les symptômes et leur gravité. Ils proposent donc le terme de "mélancolie tardive" qui aurait par ailleurs l'avantage de ne pas laisser craindre un pronostic par trop défavorable.

A propos des tableaux délirants, la revue de presse permet de retrouver quelques articles concernant :

- les états confusionnels (délirants) de la sénilité par A.KENNEDY /157/ en 1960. L'auteur rappelle les différents types de compensation des personnes âgées devant le déclin progressif de leur efficacité cérébrale:
 - ◊ "déclin dépendant" (acceptation, dépendance vis à vis d'autrui, abdication des responsabilités).
 - ◊ "limitation défensive" (limitation de l'activité, tendance à la dépression et à l'isolement).
 - ◊ "surcompensation" (vie dans le passé, anecdotes, conseils, dogmatisme).
 - ◊ "retraite de la réalité" (refus de constater le changement de situation).
 - ◊ "projection du déclin" (blâme d'autrui, regret du bon vieux temps).
 - ◊ "mauvaise adaptation avec psychose" (dépression, hypocondrie...)
 - ◊ "mauvaise adaptation avec psychonévrose" (sentiment d'insécurité...)

Concernant les états confusionnels délirants, il recommande de stabiliser l'entourage (cadre constant), de favoriser l'orientation, d'éviter les erreurs de perception, d'établir des contacts.

- deux cas de délire fantastique paranoïdo-hallucinatoire, d'origine organique selon l'auteur. (B.BERGMANN /158/, 1961)
- la fréquence des idées de jalousie et de persécution dans les psychoses involutives, idées paranoïdes parfois responsables de l'assassinat du conjoint. (J.LANZKRON /159/, 1962)
- les phobies et les obsessions séniles. (L.AGOSTINI et R.PAPESCHI /160/, 1964) Ces auteurs pensent que la sénilité vécue seulement dans ses dimensions négatives peut influencer l'apparition des symptômes obsessivo-phobiques.
- les états délirants et hallucinatoires d'allure chronique apparus après 70 ans (J.ALLIEZ et J.SORNANI /161/, 1966), trop souvent méconnus et qui mériteraient une étude plus approfondie. Ainsi J.ALLIEZ et coll. /162/ décrivent la même année un cas de délire zoopathique survenu chez une octogénaire à l'occasion de modifications peu importantes de sa vie en hospice. Ils s'attachent à en faire l'analyse: rôle du délire dermatozoïque avec son animation minuscule, multipliée et accélérée, notion d'effraction de la barrière cutanée, rapports de celle-ci avec l'espace proche.

La pathogénèse des psychoses dites "involutives" est abordée en 1964 par L.KORZENIOWSKI /163/, psychiatre polonais. Pour lui, ces psychoses seraient causées par des troubles d'adaptation du système nerveux central et végétatif dûs à une usure fonctionnelle et à des perturbations endocriniennes. Le système nerveux affaibli ne pourrait plus s'adapter aux conditions de la vie, surtout si celle-ci abonde en perturbations même légères. De ces perturbations dépendraient les traits réactifs de ces psychoses et parfois leur début brutal.

Le rôle des modifications du sommeil est évoqué dans la revue de presse de 1968 par E.PETRUZZI et A.PARRINI /164/: un sommeil multiphasique avec périodes d'endormissement diurnes et réveils nocturnes fréquents, modifié dans sa durée et sa profondeur, paraît influencer l'apparition de psychonévroses dans l'âge avancé.

On note qu'une importante étude de l'activité onirique chez les vieillards par G.ABRAHAM /165/ en 1963 n'avait pas trouvé de différence significative entre les vieillards atteints de troubles mentaux et les vieillards normaux. La thématique

dominante était dans tous les cas le travail, une occupation, une activité. On retrouvait chez tous les sujets une diminution de la conscience de rêver, du souvenir des rêves qui avaient par ailleurs une structure simplifiée.

La prophylaxie des troubles mentaux chez le vieillard comprend pour E.GREPPI et A.ZILLI /166/ (revue de presse de 1962) :

- la prévention primaire: protection du système nerveux contre les agressions et maintien d'une bonne santé mentale. Les agressions contre lesquelles il faut lutter sont d'origine somatique (d'où l'obligation pour un psychiatre d'être un bon généraliste), psychologique ou socio-économique.
- la prévention secondaire: lutte précoce contre la chronicisation des troubles une fois apparus par les divers traitements et méthodes de réhabilitation sur les plans médical, psychologique et social.

La prise en compte de ces données permet d'augmenter considérablement les chances de guérison ou d'amélioration de ces personnes âgées.

Parallèlement à la psychogériatrie, les études se rapportant à la gérontologie et à la "somatogériatrie" trouvent largement leur place dans les Annales Médico-Psychologiques à cette époque.

En gérontologie, le sommeil des personnes âgées est un sujet fréquemment traité au travers des revues de presse, thèses et autres documents. En 1960, J.R.DUMAS /167/ évoque dans sa thèse les diverses perturbations du sommeil dont l'hypersomnie qui aurait pour cause presque constante un ramollissement cérébral. Concernant les insomnies du vieillard, il énumère, outre les méthodes classiques, les "petits moyens" thérapeutiques (sommier dur, traversins peu élevés, attitude en decubitus latéral, fatigue sensorielle facilitant l'endormissement, fenêtres fermées, importance de la diététique). En 1963, P.PASSOUANT et coll. /168/ décrivent le sommeil de nuit du sujet très âgé: fréquence de périodes d'assoupissement non suivies de sommeil, fréquence des éveils de durée variable au cours de la nuit. L'endormissement est caractérisé par des bouffées d'ondes lentes, puis on observe des périodes de sommeil instable (alternance de l'activité électrique et irrégularité respiratoire) et des périodes de sommeil stable (ondes lentes et respiration régulière). La phase des mouvements oculaires est de durée variable de quelques minutes à 1h30, suivant la stabilité du sommeil. L'expression

électrique de fond, lente ou rapide, est liée au type lent ou rapide du tracé de veille du sujet. En 1964, K.VETTER et W.BÖKER /169/ publient une étude électroencéphalographique comparative sur la profondeur du sommeil chez des jeunes femmes et chez des femmes âgées. Ils constatent que ces dernières restent plus longtemps en état de veille avant l'endormissement, n'atteignant que très rarement un sommeil profond. Les oscillations de la profondeur du sommeil sont fréquentes chez les femmes âgées qui montrent une plus grande aptitude à passer d'un sommeil léger ou moyen (voire profond) au réveil. Alors que les tracés de veille sont très comparables à ceux des femmes jeunes, on note dans le sommeil profond l'existence caractéristique d'ondes thêta sur un fond uniforme et plat.

Du point de vue neurologique, on relève en 1961 une analyse de la thèse de M.DOUCHEZ /170/ qui conclue à une atteinte élective du cortex et de la moëlle dorso-lombaire (troubles de la marche, réflexes ostéo-tendineux, sensibilité thermique et pallesthésie altérés aux membres inférieurs) lors de la sénescence. La région dorsale moyenne, moins richement irriguée, souffrirait le plus en cas d'artériosclérose généralisée. En 1963, S.A.MEMLO /171/ s'intéresse au tonus et à l'excitabilité du système nerveux végétatif chez le sujet âgé. Il conclue à l'absence de variation du tonus, la prévalence du tonus parasympathique semblant être corrélée à une plus grande longévité des sujets.

On peut rattacher à ces études celle de N.MALAGIE /172/, très spécialisée, sur le fond d'oeil chez le vieillard (revue des thèses de 1962).

Enfin, on relève quelques articles plus généraux dans les diverses revues de presse. En 1962, M.ALBEAUX-FERNET /173/ publie ses "Etudes cliniques du vieillissement" et signale une réduction des stéroïdes cortico-surrénaux, un déséquilibre entre les gluco et les minéralo-corticoïdes dès la trentaine. A la cinquantaine, les éléments cardinaux du vieillissement sont pour lui la détérioration progressive de l'appareil circulatoire et les altérations des constantes biologiques: dysmétabolismes lipidiques ou lipido-protéiques, fréquence des anomalies des dosages hormonaux. L.BINET /174/ aborde la gérontologie sous les angles historique, médical et social. Large place est faite à l'hygiène de vie: cures thermales, hygiène alimentaire, lutte contre l'intoxication tabagique, lutte contre la "retraite du cerveau". La diététique des vieillards est reprise en 1965 par J.BLANDIN et A.CHABANET /175/. Elle se doit de compenser les déficits physiologiques normaux ainsi que les perturbations des différents métabolismes (ration hyperprotidique et hypoglucidique dans l'ensemble). Le mixage des aliments pour les sujets édentés, l'utilisation d'une fiche de régime, la vérification régulière

du poids sont fortement conseillés ainsi que la formation du personnel soignant en institutions.

Pour ce qui concerne la biologie, deux communications de C. et P.A.CHATAGNON /176,177/ lors des séances de la Société Médico-Psychologique du 9 Mai 1960 et du 8 Juillet 1963 retiennent l'attention. Il s'agit tout d'abord d'une étude sur les protéinogrammes et glycoprotéinogrammes du sang par électrophorèse sur papier chez 100 vieillards de 70 à 91 ans. Cette méthode est en effet récente, et ses applications soulèvent l'intérêt et la curiosité des chercheurs. L'étude tend à montrer que l'albumine ou les globulines des glycoprotéinogrammes ne subissent aucune variation pour les deux groupes considérés (70 à 80 ans d'une part, plus de 80 ans d'autre part). Par contre, les mêmes grandeurs du protéinogramme subissent de grandes variations pour les deux groupes de sujets. Ces modifications traduisent selon les auteurs une variabilité plus grande que chez les adultes des pouvoirs enzymatiques chez les vieillards. Il s'agit ensuite d'une étude sur les réactions de BORDET-WASSERMANN (B.W) non spécifiques chez les personnes âgées. Les auteurs rappellent que certains processus pathologiques comme la leptospirose, les maladies à trypanosomes, la scarlatine, les leucémies, la tuberculose généralisée, la fièvre typhoïde abdominale, la lèpre, certaines tumeurs, les modifications des fractions lipo-protéidiques du sang circulant peuvent positiver la réaction de BORDET-WASSERMANN. Certaines pneumopathies virales, endocardites lentes, suites d'intoxications sériques, de vaccinations anti-varioliques, d'ingestion de sulfamides s'accompagnent également d'un B.W positif. En gérontologie, des symptômes tels que la fixité pupillaire relative, la lenteur des réflexes photomoteurs peuvent en imposer, alors qu'il n'en est rien, pour une neurosyphilis lorsqu'ils sont associés à un B.W positif. Les auteurs décrivent une observation de démence artérioscléreuse avec intoxication éthylique chez une femme de 80 ans sans antécédent particulier mais présentant un B.W positif dans le sang, négatif dans le liquide céphalo-rachidien, puis une seconde observation de démence sénile chez une femme de 84 ans sans antécédent, porteuse d'une pneumopathie, d'une discrète insuffisance hépato-rénale, avec B.W positif. Dans les deux cas, il existait une lenteur des réflexes photomoteurs et une diminution des réflexes ostéo-tendineux aux membres inférieurs. Ainsi la réaction de BORDET-WASSERMANN est reconnue comme non spécifique d'une infection syphilitique chez la personne âgée, ce qui ouvre la voie à la recherche de méthodes plus sophistiquées.

En ce qui concerne la "somato-gériatrie", les années 60 sont riches en publications ayant trait à la neurologie du sujet âgé.

Les accidents vasculaires cérébraux font l'objet de plusieurs articles relevés dans les revues de presse. En 1964, C.BERLUCCHI et G.KAUCHTSCHISWILI /178/ rappellent que dans la sénilité, le nombre des hémorragies vasculaires diminue tandis que celui des thrombo-embolies augmente. Les auteurs individualisent la petite attaque vasculaire cérébrale (actuel accident ischémique transitoire), liée à l'artériosclérose et à d'autres facteurs encore discutés tels que le spasme, la chute de la pression artérielle, l'épilepsie, les syndromes carotidiens et vertébro-basilaires. Ce syndrome est distingué de l'apoplexie d'une part, caractérisée par sa gravité, sa complexité, une perte de conscience avec chute et une étiologie cardio-vasculaire, et de la syncope d'autre part. L'électroencéphalogramme permet parfois de faire le diagnostic différentiel. En 1967, G.FERLIGA /179/ distingue deux périodes pour l'étude des troubles circulatoires cérébraux: celle de la sénescence, de 60 à 72 ans, où les facteurs dysmétaboliques et thrombopathiques dominent, et celle de la sénilité, au delà de 72 ans, où les facteurs physico-hémodynamiques sont les plus importants. Il conseille la prudence dans l'utilisation des hypotenseurs chez les séniles, en raison de la fréquence des sténoses intra ou extra-crâniennes compensées par une circulation collatérale qui sera alors soumise à une brusque chute de tension, donc de flux sanguin. Certaines conditions comme la digestion, l'effort physique, les variations de température ambiante peuvent également rompre l'équilibre circulatoire souvent précaire des sujets âgés. Toujours en 1967, B.BAGOZZI /180/ signale le caractère plutôt hémorragique des accidents vasculaires cérébraux chez les éthyliques âgés. En 1968, A.M.ILLARIONOV /181/ montre que les malades ayant subi un ictus dans l'âge avancé et dans la sénilité présentent des charges héréditaires de maladies cardio-vasculaires et des facteurs exogènes importants (alcoolisme, infections, traumatismes crâniens) avec associations fréquentes de ces facteurs. La gravité de l'accident vasculaire semble en rapport direct avec l'ancienneté du processus vasculaire fondamental. La forme clinique la plus fréquente chez le sujet âgé est celle de l'ictus ischémique, avec ou sans thrombose, sans gros troubles de la conscience ou signes cérébraux généraux. Les récurrences sont fréquentes et la récupération lente. Les séquelles très variables sont décrites en fonction du caractère étendu ou non, uni ou bilatéral de l'accident vasculaire. La même année, S.A.MEMEO et coll. /182/ décrivent la vessie atonique dans les encéphalopathies vasculaires du vieillard, vessie caractérisée par la triade atonie, rétention, incontinence. L'hémorragie cérébrale est

le plus souvent à l'origine de ce syndrome, et plus particulièrement, selon les auteurs, lorsqu'il existe une hémiplégié droite. G.MARTINI et S.SARACCO /183/ rapportent leur expérience concernant les psychoses et psychopathies dans les hémiplégiés par ictus cérébral dans le presenium et la sénilité. Les troubles fréquemment observés sont l'agitation psycho-motrice, les troubles cyclothymiques sur fond dépressif, les troubles paranoïdes, l'affaiblissement intellectuel, la confusion et l'amnésie. Enfin, plusieurs auteurs tels M.RICCA et coll. /184/ en 1965 ou G.MARTINI et C.SARACCO /185/ en 1966 abordent le problème de la réhabilitation des hémiplégiés. Dans la plupart des cas, on compte sur les récupérations spontanées, les hôpitaux gériatriques étant déficients et les véritables rééducations inexistantes. L'alitement prolongé provoque une détérioration rapide à la fois physique et mentale. Il faut donc admettre la nécessité de créer des services de rééducation fonctionnelle dans lesquels les malades seraient admis le plus rapidement possible après l'accident vasculaire cérébral. Toujours en neurologie, on relève dans les revues de presse des publications concernant :

- l'alcoolisme et l'épilepsie tardive (C.PIZZEDAZ /186/ en 1967): cette dernière est caractérisée par des crises rares et des perturbations électriques très modérées.
- les craniopharyngiomes chez les sujets âgés (R.RUSSEL et J.B.PENNYBACKER /187/ en 1961, R.PAULY et coll. /188/ en 1963): rares, ils sont marqués par l'existence de symptômes visuels et psychiques (troubles de la mémoire, somnolence, confusion, désorientation, confabulation, syndrome démentiel, hallucinatoire).
- la paralysie générale (C.D'ANGELO et D.MERIGLIANO /189/ en 1962): les auteurs décrivent une observation où la coexistence d'une paralysie générale, de plaques séniles et d'une dégénérescence neuro-fibrillaire va à l'encontre d'un antagonisme entre les deux processus, syphilitique et sénile, avancé par JAKOB.
- les traumatismes cranio-cérébraux chez les sujets âgés (R.P.VIGOUROUX et coll. /190/ en 1967): l'âge avancé semble favoriser la survenue de manifestations électro-cliniques de type épileptique, et ce en dehors de tout déficit circulatoire antérieur.

- les dyskinésies bucco-linguales réversibles des personnes âgées (P.GRAUX, G.ARNOTT et coll. /191/ en 1969), vraisemblablement d'origine vasculaire.
- la myélopathie sénile (P.GRAUX et coll. /192/ en 1966): les auteurs en recherchent les facteurs et concluent au rôle important de la déficience circulatoire d'ue à l'artériosclérose et des perturbations des protéines et activités enzymatiques sériques d'ues parfois à une insuffisance hépatique. Sur le plan clinique, on observe une diminution ou une abolition de la sensibilité thermique aux pieds et au tiers inférieur des jambes, des réflexes ostéo-tendineux anormaux, des réflexes abdominaux souvent perturbés. La myélopathie par spondylose cervicale peut simuler une sclérose en plaques (G.TASSINARI /193/ en 1964)
- la neuropathie diabétique dans la sénilité (G.M.KAUCHTSCHISCHWILI /194/ en 1967): pour l'auteur, le diabète n'a pas un rôle déterminant dans l'origine des vasculopathies cérébrales. Il entraîne essentiellement des complications périphériques: polynévrite distale des membres inférieurs à prédominance symétrique d'évolution atténuée chez le vieillard, neuropathie proximale asymétrique des membres inférieurs plus rare, parésies atteignant les muscles du bassin, de la ceinture scapulaire, de la paroi abdominale, paralysies des nerfs crâniens (VI essentiellement), anomalies pupillaires, troubles neuro-végétatifs, ostéoarthropathies des membres inférieurs. La neuropathie, observée même sous bon contrôle du diabète, ne dépend pas de l'ancienneté du diabète mais augmente de fréquence avec l'âge du sujet. Elle se distingue de la neuropathie sénile par une diminution diffuse et précoce de la vitesse de conduction nerveuse. La pathogénie est surtout métabolique, bien que l'auteur n'élimine pas une participation vasculaire.

Aux confins de la neurologie et de la psychiatrie, G. DE. MORSIER /195/ livre en 1967 un volumineux mémoire sur le syndrome de CHARLES BONNET, caractérisé par des hallucinations visuelles sans déficience mentale chez des vieillards. G. DE. MORSIER rappelle l'absence de corrélation entre ces hallucinations visuelles et d'éventuelles lésions des globes oculaires. Pour lui, les

hallucinations sont toujours causées par une lésion cérébrale. En 1969, C.G. ROUTSONIS /196/ s'intéresse également à ce syndrome et décrit trois cas d'hallucinations hémianopsiques chez des sujets âgés présentant une hémianopsie gauche après un épisode vasculaire thrombotique du cerveau. En accord avec G. DE. MORSIER, il affirme l'origine cérébrale du syndrome, l'hémianopsie ayant pu jouer en l'occurrence un rôle déclenchant ou accélérateur de l'évolution.

S'éloignant quelque peu de la spécialité neurologique, plusieurs articles importants attirent l'attention :

- les escarres en géronto-psychiatrie, d'après la thèse de L.CHABANET /197/ en 1966. Les facteurs déclenchants sont la compression prolongée génératrice d'ischémie, les microthromboses secondaires à l'ischémie et les facteurs qui favorisent l'alitement et l'immobilité du patient: augmentation du seuil de perception de la douleur, traitements neuroleptiques, troubles neurologiques, gâtisme, apathie ou indifférence souvent liées à une attitude de démission ou de revendication de la part du vieillard hospitalisé. La faiblesse des moyens de défense du vieillard, liée à la carence protidique, favorise l'apparition d'escarres. La thérapeutique est avant tout préventive: "sociothérapie", mesures hygiéno-diététiques, kinésithérapie, médicaments favorisant l'anabolisme et freinant le catabolisme protidique. Le traitement curatif est décrit avec les moyens de l'époque. En 1968, G.BOTTECCHIA et coll. /198/, à propos de la prophylaxie et du traitement des escarres de decubitus en milieu gériatrique, préconisent l'utilisation d'un mateles à eau et, si l'escarre est constitué, d'un spray contenant un anabolisant androgène et un antibiotique (néomycine).
- l'artérite temporale, cause fréquente de cécité chez les personnes âgées, par P.ALMARIC et P.BESSOU /199/ en 1965. Devant toute névrite optique dont l'étiologie est incertaine, les auteurs recommandent de pratiquer une biopsie de l'artère temporale superficielle à la recherche d'une maladie de HORTON qui, si elle est diagnostiquée, sera traitée par corticothérapie.

- L'influence de la glande thyroïde sur le vieillissement par M.MILCU et coll. /200/. L'hypothyroïdie accélérerait le processus de vieillissement affectif et intellectuel selon ces auteurs.

La thérapeutique, quant à elle, poursuit son formidable essor, particulièrement dans le domaine chimiothérapique. En 1957, J.DELAY et P.DENIKER ont proposé une classification clinique des psychotropes selon leur mode général d'action sur le psychisme. Ils distinguent:

- les psycholeptiques qui abaissent le tonus psychique. Ils peuvent agir sur la vigilance (hypnotiques) ou sur l'humeur (neuroleptiques et tranquillisants).
- les psychoanaleptiques qui élèvent le tonus psychique. Ils peuvent également agir sur la vigilance ou l'humeur (anti-dépresseurs).
- les psychodysleptiques (hallucinogènes ou onirogènes).
- Avant d'envisager ces différentes classes de psychotropes au travers des Annales Médico-Psychologiques, il faut souligner l'intérêt de l'article de C et P.A. CHATAGNON /201/ en 1962 concernant les drogues en gériatrie et en gériatrie psychiatrique. Conscients des riches perspectives qu'offre cette nouvelle ère pharmacologique, les auteurs n'en incitent pas moins à la prudence dans le maniement des drogues chez les personnes âgées. Plusieurs problèmes se posent à leurs yeux:
 - celui de la juste mesure entre nihilisme thérapeutique et utilisation outrancière des drogues.
 - celui du traitement du symptôme en oubliant le malade, sa personnalité et sa liaison à l'environnement. C'est la notion de susceptibilité individuelle qui est particulièrement valable chez le sujet âgé.

La sensibilité particulière des personnes âgées pour les drogues s'accompagne d'effets secondaires fréquents et aux conséquences parfois très graves. Bien que, d'une façon générale, aucun produit ne soit contre-indiqué du seul fait de l'âge, les auteurs préconisent donc de peser soigneusement les indications des médicaments et de diminuer considérablement les posologies.

L'utilisation de placebos, de petits moyens, l'adjonction d'une psychothérapie sont conseillées chaque fois que celà est possible. C et P.A.CHATAGNON passent en revue les médications les plus souvent utilisées en gériatrie: hypocholestérolémiantes, anticoagulants et leur risque hémorragique, vasodilatateurs, traitements hormonaux (androgènes à visée anabolisante, oestrogènes dans les troubles de la ménopause), traitements biologiques contre l'involution (extraits placentaires ou amniotiques lyophilisés, sérums obtenus à partir de broyats de cellules humaines injectés à des animaux et provoquant la formation d'anti-corps parfois toxiques, sucs embryonnaires obtenus à partir d'extraits d'embryons de poulet ou de bovin, gelée royale, extraits totaux de poissons, etc...), vitaminothérapie. Les psychotropes et leurs effets secondaires sont détaillés. Les auteurs insistent sur la nécessité d'adapter très progressivement les doses chez les personnes âgées. Enfin, ils plaident pour une chimiothérapie scientifique et raisonnée par opposition au caractère empirique et hasardeux de la chimiothérapie gériatrique de l'époque.

Parmi les psychotropes, ce sont les neuroleptiques et les anti-dépresseurs qui font l'objet du plus grand nombre d'articles entre 1960 et 1970. La thioridazine (MELLERIL) est fréquemment citée par les auteurs. Elle favorise la sociabilisation et l'"acceptation" de la vie en institution sans modifier la personnalité, elle est bien tolérée (P.DARDENNE et J.P.SOLEILHAVOUP /202/, revue de presse de 1961). Elle est particulièrement active sur certains troubles caractériels de la sénilité: irritabilité, apathie, instabilité de l'humeur, insomnie, logorrhée ou mutisme, tendance à l'isolement, anxiété, dépression, syndromes cénesthopathiques, neurasthéniformes, hypocondriaques. Elle entraîne peu de complications de type parkinsonien (R.OPPI et M.STELLA /203/, revue de presse de 1966). Les mêmes effets sont constatés par R.CANEPA et G.VERNAZZA /204/ fin 66.

Le 24 Juin 1963, G.MILETTO et J.J.SACCO /205/ rapportent devant la Société Médico-Psychologique leur expérience de l'utilisation du benzpéridol, nouvelle butyrophénone, dans les états d'agitation et d'excitation en neurologie, psychiatrie et gérontologie.

Dans la revue de presse de 1964, G.MARS et A.NECCHI DELLA SILVA /206/ décrivent l'action de la propériciazine (NEULEPTIL), nouvelle molécule à effets sédatifs et psychorégulateurs obtenus avec de petites doses. Son originalité réside, selon les auteurs, dans l'action élective sur les troubles secondaires du caractère et sur le comportement social.

Les effets secondaires des neuroleptiques, en particulier le "Parkinsonisme", sont également à l'origine de nombreuses études. L'orphénadrine (DISIPAL), médicament correcteur du syndrome neuroleptique, possède également une action anti-dépressive, notamment dans le cadre des démences artério-scléreuses (R.A.ROBINSON /207/, revue de presse de 1961). J.RUDRAUF et C.CHALLOU /208/, dans cette même revue de presse, relatent leur étude sur l'action conjuguée de l'orphénadrine et de la thiopropérazine (MAJEPTIL): ils constatent non seulement une correction du syndrome d'imprégnation neuroleptique, mais encore une synergie thérapeutique. L.FOUKS /209/, quant à lui, confirme l'efficacité de l'orphénadrine dans la dépression akinétique sénile. J.MANS et M.SENES /210/, dans la revue de presse de 1965, décrivent l'action de la néosynéphrine qui permet d'éviter les inconvénients cardio-vasculaires attribués aux neuroleptiques habituels. Son action euphorisante, sa lutte contre l'asthénie, l'anorexie, l'anxiété et l'apathie physique et intellectuelle, son effet potentialisateur des anti-dépresseurs, sa parfaite tolérance en font une thérapeutique de choix en psychogériatrie.

Concernant les tranquillisants, seule la trimétazine (OPALENE) est citée dans la revue de presse de 1967 par J.B.MAUFERON et coll. /211/. Utilisée en gériatrie hospitalière, cette molécule donne selon les auteurs des résultats remarquables sur l'anxiété associée à des signes de dépression, qu'ils soient d'allure mélancolique ou qu'ils soient réactionnels au changement de mode de vie. Son excellente tolérance et l'absence d'effets secondaires la rendent particulièrement intéressante.

Le seul anti-dépresseur "gériatrique" cité dans les Annales Médico-Psychologiques à cette époque est l'imipramine (TOFRANIL). En 1961, une étude de J.OCHINISKY et A.SOULAIRAC /212/ présente les indications préférentielles de cet anti-dépresseur utilisé à faibles doses dans les troubles mentaux de la sénilité ou au cours de la sénescence:

- démences séniles avec gros troubles du comportement social.
- états d'incontinence émotionnelle.
- syndromes dépressifs, et particulièrement de type involutif.

Les difficultés psychologiques de la sénescence, c'est à dire concernant des sujets d'âge moins avancé, sont aussi d'excellentes indications. L'action thérapeutique est majeure sur l'inhibition, moindre sur les modifications importantes de l'humeur. Les effets secondaires observés sont l'hypervigilance neuro-musculaire, les syndromes confusionnels et oniriques, surtout chez les sujets

les plus âgés. Les auteurs rappellent l'importance de la dynamique des troubles mentaux du vieillard, la part des facteurs somatiques, émotionnels, sociaux et économiques, d'où l'intérêt de nuancer et d'adapter la thérapeutique à chaque cas, de préférence dans des services spécialisés.

En 1962, J.MANS, J.CORNIL et D.AJZENBERG /213/ confirment l'intérêt de l'imipramine à petite dose (TOFRANIL 10 mg) en gériatrie: réintégration de certaines personnalités, amélioration des contacts avec le malade, diminution des troubles dysphoriques de l'humeur, action non négligeable sur les troubles hypocondriaques. Pour eux, ceci améliore l'atmosphère "tendue" des services et rend moins pénible la fin des vieillards. Par contre, en cas d'affaiblissement psychique important, ils ne constatent que peu d'amélioration.

Les différentes revues de presse de l'époque signalent également l'utilisation de l'imipramine en gériatrie :

- en 1960, R.LANTER et J.P.HEINRICH /214/ conseillent la prudence dans le maniement de cette drogue chez le vieillard: surveillance tensionnelle, réduction de la posologie habituelle.
- en 1962 et 1963, J.BOBON et coll. /215,216/ font part de leur expérience de l'imipramine à faibles doses en gériatrie mentale: les deux symptômes les plus influencés par le traitement sont l'état dépressif et l'inertie locomotrice et sociale. L'effet stimulant peut parfois induire des manifestations d'excitation nécessitant l'arrêt du traitement, mais dans l'ensemble il est possible de conclure à un effet favorable.
- en 1962, L.MAZZONI et C.DE BALMA /217/ remarquent l'action positive de l'imipramine sur les dépressions endogènes et involutives, et ce, même chez les sujets âgés, à des doses très faibles. Par contre, ils ne constatent pas d'amélioration dans les dépressions réactionnelles.
- en 1963, H.BARUK et PECHENY /218/ estiment que l'imipramine 10 mg est particulièrement indiquée en cas de troubles psychiques consécutifs à des affections vasculaires cérébrales ou de syndromes dépressifs accompagnant les états d'affaiblissement séniles. Ils trouvent également une indication dans les états dépressifs parkinsoniens avec ou sans affaiblissement intellectuel. L'imipramine

à faible dose permet de lever l'inhibition, de réduire le déficit intellectuel à ses proportions réelles. La tolérance est en général satisfaisante, mais il faut surveiller les variations tensionnelles et guetter l'apparition d'accès confusionnels transitoires ou de manifestations d'excitation à minima.

- en 1964, F.SANTIAGO-BARRIOS /219/ étudie l'effet de l'administration de TOFRANIL 10 mg dans un asile de vieillards. Il observe une amélioration des rapports, une ambiance plus sereine dans la communauté. Il constate une réduction de la consommation d'hypnotiques, une action favorable sur les dyspnées, sur les douleurs. Il note la possibilité d'abaissement de la tension artérielle, parfois à l'origine de chutes.

En dehors des psychotropes, de nombreuses drogues sont proposées en gériatrie, avec des indications souvent discutables à posteriori :

- en avril 1961, J.LEYRITZ et coll. /220/ proposent devant la Société Médico-Psychologique le phényl-propionate de 19 nor-androsténolone (DURABOLIN) dans les démences séniles. Cet androgène est préconisé pour son action anabolisante (augmentation pondérale, normalisation de l'azotémie) et son effet favorable sur les troubles des conduites alimentaires et du comportement. Il n'a pas d'effet virilisant aux doses thérapeutiques selon les auteurs. La même année, dans la revue de presse, S.PIRO et coll. /221/ expérimentent la thérapeutique procainique, introduite en gériatrie par A.ASLAN. Ils observent une amélioration des conditions physiques de leurs malades atteints de troubles neuro-psychiatriques liés à l'involution. Ce traitement est sans effet sur la détérioration intellectuelle. On note tout au plus une légère augmentation de l'attention, de l'intérêt et du tonus vital. L'état dépressif est notablement amélioré dans les mélancolies involutives. Les auteurs concluent à l'utilité de la procaine, en reconnaissant ses limites.
- en 1962, la revue de presse signale une étude de E.PASCAL et P.C.BESUSSO /222/ sur les possibilités thérapeutiques de la novocaïne dans les psychoses séniles par action sur l'anxiété et

les troubles cénesthésiques, et un travail de A.ZILLI /223/ sur l'emploi en gériatrie du diéthyl-amino-éthoxycarbonyl-3-pyridine (EUCLIDAN) qui améliorerait le tonus neuro-psychique, la force motrice, les troubles neurologiques liés à l'artériosclérose, réduirait l'asthénie, l'anxiété, l'irritabilité. L'intérêt de l'EUCLIDAN est souligné en 1963 par H.BOUTILLIER et coll. /224/ qui apprécient l'aspect multidimensionnel de son action: troubles cardio-vasculaires et trophiques de la sénescence d'une part, psychisme particulier des vieillards psychopathes d'autre part. Ceci entraîne une diminution des prescriptions et des prises quotidiennes, résultat non négligeable pour les auteurs.

- dans la revue de presse de 1964, E.CAMERON et coll. /225/ proposent l'acide ribonucléique dans les troubles de la mémoire chez les vieillards.
- en 1966 est mentionnée une étude de H.BARUK /226/ sur l'administration d'un autolysat de foie et de laitance de poisson qui aurait un effet favorable sur l'état psychique des vieillards en améliorant l'état général, et plus précisément les troubles du comportement et les perceptions. Le traitement de l'incontinence urinaire chez les sujets âgés est abordé par ZACCO et V.LA SELVA /227/. L'action d'un nouveau dérivé stéroïde, le quinestradiol, leur apparaît positive, essentiellement chez la femme comme on pouvait s'y attendre.

Enfin, le traitement de l'agitation nocturne des vieillards déments par injections intra-veineuses d'eau bidistillée, expérimenté par J.GUYOTAT et coll. /228/, est également cité dans la revue de presse. Selon les auteurs, l'effet favorable de cette thérapeutique est immédiat, surtout dans les démences dégénératives, là où les neuroleptiques et hypnotiques avaient échoué. Dans les 30% d'échecs constatés, on note l'existence d'une agitation diurne associée. L'hypothèse pathogénique émise est celle d'une modification de l'osmolarité du milieu intérieur entraînant à son tour une modification du régime des rêves.

- en Novembre 1967, H.EY et F.BOHARD /229/ présentent, lors d'une séance de la Société Médico-Psychologique, leur étude sur l'action du SUREPTIL (cinnarizine et acéfylline heptaminol) dans

les syndromes neuropsychiques d'origine vasculaire et certaines psychoses d'involution. Les démences artériopathiques à la phase initiale leur paraissent une excellente indication du produit qui, en améliorant la vascularisation cérébrale, agit sur les troubles intellectuels et permet une plus grande activité psycho-motrice. Le SUREPTIL, bien toléré, peut être prescrit sans problème en gériatrie.

Cette même année, la revue de presse fournit plusieurs références concernant la thérapeutique.

J.BLANDIN et C.BONNET /230/ décrivent un traitement d'appoint en géronto-psychiatrie: l'association d'un sulfamide avec un complexe vitaminique B, du calcium et de l'ascorbate de magnésium (REVILAN). Ce produit, bien toléré en dehors de l'apparition possible d'une leucopénie, améliore l'état général et possède une action antalgique et trophique. Il peut donc contribuer à la lutte contre la sénescence.

J.GURTLER /231/ confirme l'intérêt de ce produit qui, selon lui, améliore nettement l'état général, agit sur l'appareil locomoteur, sur les infections éventuelles des voies respiratoires et sur l'incontinence sphinctérienne. L'efficiace intellectuelle serait également améliorée, surtout dans les épisodes de dépression mélancolique due à l'âge, de même que la mémoire de fixation, l'humeur et le caractère. J.GURTLER préconise par ailleurs l'utilisation de la novocaïne, de l'extrait placentaire et des "hormones vasculaires" pour lutter contre les troubles de la sénilité.

G.M.KAUCHTSCHISCHWILI et coll. /232/ remarquent l'intérêt de l'HYDERGINE, thérapeutique sympathicolytique, au cours des maladies vasculaires cérébrales, et ce au moyen de données électroencéphalographiques.

S.B.CURRIS et G.R.ZILIOTTO /233/ exposent leurs observations sur un complexe phospholipides-cytochrome C qui serait actif sur certains troubles psychiques associés aux accidents vasculaires cérébraux, essentiellement lorsqu'il existe un contexte dépressif. L'affaiblissement intellectuel, les troubles moteurs ne sont pas modifiés par le traitement.

J.NODINE et coll. /234/ affirment que l'acide ribonucléique n'a aucun effet sur l'évolution de la démence sénile et de l'artériosclérose cérébrale.

- en 1968, la revue de presse fait état d'un article de CRETALLAZ et GAILLARD /235/ qui évoque l'intérêt thérapeutique des phospholipides cérébraux. Ces derniers permettent selon eux de rompre le cercle vicieux des processus dégénératifs, d'éviter l'état de déchéance irréversible et de rétablir les fonctions intellectuelles lorsqu'ils sont administrés au stade initial de l'affaiblissement mental.
- en 1969, E.BALDONI /236/ parle à travers la revue de presse de l'usage de l'acide gamma-hydroxybutyrique (GABA) chez des sujets âgés ayant des troubles neurologiques artérioscléreux. Il s'agit de sujets présentant une forme grave, irréductible d'agitation anxieuse. L'administration de GABA par voie veineuse entraîne un relâchement du tonus agressif, une détente, voire une période de sommeil, sans signe d'intolérance.

Parallèlement à la chimiothérapie, on assiste au développement des autres moyens thérapeutiques. La kinésithérapie fait l'objet d'une importante communication de P.A, C.CHATAGNON et coll. /237/ lors de la séance du 25 Juin 1962 de la Société Médico-Psychologique . Pour eux, il est très important de lutter contre la diminution de la souplesse articulaire et de motilité des sujets âgés, contre les rétractions tendino-aponévrotiques entraînant des attitudes vicieuses. Ces dernières sont favorisées par les fixités d'attitudes, fréquentes chez les vieillards atteints de troubles mentaux. Les auteurs proposent donc ce qu'ils appellent une cure de "rajeunissement" par la kinésithérapie afin d'éviter ou de retarder le comportement grabataire.

Dans la revue de presse de 1969, G.MARTINI /238/ aborde d'un point de vue technique la rééducation de la fonction respiratoire chez le vieillard hémiparétique. Elle doit être précoce et comporter une fluidification avec évacuation des sécrétions, un drainage postural, une facilitation manuelle de la toux et de l'expectoration, des exercices de déglutition et de phonation, une prévention des contractures des muscles respiratoires. La ventilation assistée doit tenir compte de la perte d'énergie. Dans certains cas, il faut recourir à la trachéotomie, à l'aspiration instrumentale, à l'oxygénothérapie ou à la respiration artificielle. A mi-

chemin entre kinésithérapie et psychothérapie, A.M.MADERNA /239/ décrit les aspects psychologiques de la rééducation de la fonction respiratoire chez le vieillard. Pour cet auteur, compte tenu de l'aspect psychosomatique important des troubles respiratoires, compte tenu des caractéristiques psycho-affectives des vieillards, il faut une bonne préparation à la récupération. Celle-ci passe par la lutte contre le sentiment de marginalité sociale, d'abandon, de perte du rôle, d'anonymat et d'anomie, par la réduction du sentiment de dépendance, d'insécurité, par la valorisation des énergies psychophysiques latentes, par la restauration de l'estime de soi et la promotion des motivations.

Le revue de presse de 1961 mentionne un article de B.BISIO /240/ qui traite des possibilités et limites de la psychothérapie dans la sénilité. Des manifestations névrotiques transitoires aux nettes perturbations psychopathiques, imputables en grande partie à des mécanismes psychogènes, la psychothérapie a désormais sa place dans la prise en charge des vieillards.

La chirurgie gériatrique est abordée en 1968 dans une étude de P.MARASCHIO /241/. Ce dernier oppose les services de chirurgie générale où la vieillesse représente parfois une contre-indication en elle-même, où les refus et résistances des sujets âgés sont en partie augmentés par le voisinage des jeunes, et un service de chirurgie gérontologique où les malades sont favorablement influencés, évaluent mieux le risque et où très peu de sujets sont récusés.

Comme on peut le voir, les années 60 représentent une étape essentielle dans le développement de la gériatrie et plus spécialement de la psychogériatrie à travers les Annales Médico-Psychologiques. On remarque cependant que la politique de la vieillesse reste encore très théorique.

De 1970 à 1980, la prise en charge médico-sociale du sujet âgé, qu'il soit ou non atteint de troubles mentaux, trouve encore largement son écho dans la revue. Comme l'exprime à juste titre D.PETROVIC /242/ en 1971 dans la revue de presse, la psychiatrie gérontologique, qui étudie le psychisme normal du vieillard, a mis en évidence qu'il ne s'agissait pas seulement et simplement d'un déficit, mais d'une nouvelle organisation de la personnalité. Les facteurs socio-économiques, les données génétiques, l'existence de handicaps sensoriels qui influencent la quantité et la qualité d'information sont désormais pris en compte. La psychiatrie gériatrique, quant à elle, demande selon l'auteur une étude plus approfondie de l'influence des différents facteurs, une révision de la classification des troubles mentaux du vieillard, une extension des moyens d'assistance.

En 1973, les Annales Médico-Psychologiques rendent compte de la troisième conférence internationale des sociétés d'aide à la santé mentale /243/, dont le thème portait sur la santé mentale des personnes âgées et l'action médico-sociale préventive de leurs troubles psychiques. Les spécialistes présents à cette conférence rappellent l'accroissement de l'espérance de vie dans les pays à niveau de vie élevé, ce qui entraîne une augmentation du pourcentage des personnes âgées par rapport à la population totale. Le risque de présenter des troubles psychiques pour les personnes âgées de 65 ans et plus est très élevé pour diverses raisons: altération de la santé et des capacités physiques, conscience accrue de la proximité de la mort, suppression des stimulants professionnels et sociaux, insuffisance des ressources, isolement affectif facteur d'insécurité et de dépendance. La prévention de ces troubles passe par l'organisation d'activités adaptées aux plus valides et aux moins âgés (population active du troisième âge), par le développement de l'aide à domicile (domiciles particuliers ou logements spéciaux) pour les autres. On préconise la mise en place de clubs et de foyers de jour, de maisons d'accueil temporaire pour l'hiver, de maisons de vacances. Il s'agit donc d'un vaste programme social, beaucoup plus large que celui concernant les seules maisons de retraite et institutions similaires. L'hôpital gériatrique trouve naturellement sa place dans ce programme. Il est multi-disciplinaire, souple dans son fonctionnement, et comporte des structures annexes préposées aux soins des grands séniles. Enfin, la nécessité de réapprendre à communiquer avec les personnes âgées est soulignée dans l'intérêt des uns et des autres.

Dans la revue de presse de 1975, D.F.RAGUET /244/ définit le vieillard comme celui qui a dépassé la fonction parentale et grand-parentale, qui le sait et qui sent au fond de lui-même que sa vie est terminée. Contrairement à la plupart des auteurs, il n'a constaté qu'apathie, résignation, indifférence chez les vieillards devant la mort et non pas d'angoisse. Celle-ci apparaît ou est réactivée essentiellement lors des transferts imposés en institution.

En 1976, toujours dans la revue de presse, R.MUCCHIELLI /245/ évoque les raisons du rejet social des personnes du quatrième âge, c'est-à-dire des personnes âgées invalides: elles ont moins de pouvoir d'où leur vulnérabilité, monopolisent beaucoup de temps, ne peuvent s'intégrer dans des logements non conçus pour elles, représentent un "anti-loisir" pour leur entourage. Les formes de rejet sont l'indifférence, la désinvolture ou la raillerie, la "mise à la consigne" pendant les vacances, le rejet agressif ou l'exploitation. La réaction de type régression-dépression du sujet âgé participe au cercle vicieux qui tend à aggraver la situation.

En 1977, H.E.ROSS et H.B.KEDWARD /246/ étudient les corrélations démographiques et sociales de l'hospitalisation gériatrique. Ils définissent :

- la prévention primaire qui consiste en l'enregistrement des personnes à haut risque (veufs et veuves, isolé(e)s, pensionnaires de homes de personnes âgées, femmes ayant eu des familles plus petites que la moyenne) et l'identification des facteurs de vulnérabilité.
- La prévention secondaire réalisée par le dépistage et le traitement précoce des troubles mentaux, par les mesures évitant des hospitalisations prolongées dans d'autres affections.

Ils recommandent comme beaucoup d'auteurs la sectorisation, la création d'hôpitaux de jour, de dispositifs de consultation externe, la généralisation des services de soins à domicile, des centres et clubs du troisième âge, pour permettre le maintien de la socialisation.

Le problème de la retraite et des loisirs de l'adulte âgé est abordé en 1978 par R.VEYLON /247/, dans la revue de presse. Départ progressif, rupture brusque mais avec préparation, maintien d'activités professionnelles partielles (pour la formation des jeunes par exemple) sont autant de possibilités à confronter aux problèmes économiques. Une fois l'activité professionnelle terminée, les loisirs sont souvent réduits au jardinage et au tricot, mais on observe un intérêt croissant pour les clubs du troisième âge. L'auteur insiste sur la poursuite de l'activité physique et intellectuelle, de la réflexion personnelle. La création en 1973 des Universités du troisième âge va dans ce sens.

En 1977, les conclusions du IV^{ème} congrès international de ces Universités sont publiées dans les Annales Médico-Psychologiques /248/. Elles doivent s'efforcer:

- de mettre le plus largement possible leurs activités à la disposition des personnes âgées, notamment en les décentralisant et en travaillant dans un esprit de complémentarité et de coopération avec les services sociaux et les collectivités de retraités. Elles réaliseront ainsi une large ouverture de l'Université au service de la population la plus défavorisée.

- d'apporter leur concours pour concevoir et appliquer des programmes de prévention des maladies du troisième âge et en vue de favoriser la participation des personnes âgées à la vie sociale.
- d'organiser des programmes de "culture dans la ville" avec les services et associations concernées.
- de réaliser des programmes de formation continue pour les professionnels travaillant au service de la vieillesse afin de leur permettre de disposer des connaissances les plus actuelles et les mieux adaptées à leurs actions.
- d'organiser des cycles de préparation à la retraite.
- d'effectuer ou favoriser des travaux de recherche particulièrement dans les domaines de la santé, de l'action sociale, de la culture populaire, de l'administration publique, de l'économie sociale.

En 1979, U.LEHR /249/ insiste également sur la nécessité de préparer la vieillesse. L'anticipation, qui favorise le vieillissement harmonieux, consiste en l'entretien de l'activité mentale corrélée aux pouvoirs intellectuels, à la santé psychophysique et à la longévité. Une pratique sportive adaptée à l'individu est également bénéfique pour la santé mentale, l'entretien de la mémoire et de la capacité d'apprentissage, l'estime de soi.

Le problème du rôle néfaste de l'hospitalisation, admis par tous, trouve difficilement sa solution sur le plan pratique.

En Octobre 1977, une communication de P.AGUSSOL, G et M.OSTAPTZEFF /250/, devant la Société Médico-Psychologique, souligne les difficultés rencontrées dans la mise en place de la sectorisation pour les personnes âgées. L'impact des composantes sociales, économiques, culturelles et politiques est tel que le travail de secteur doit élaborer une nouvelle séméiologie qui permettra de définir son champ d'action.

En 1979, P.G.COTTON et coll. /251/ décrivent le fonctionnement de l'équipe gériatrique d'un service communautaire ambulatoire chargé de diriger et surtout de suivre les malades âgés après leur sortie dans des maisons de prise en charge, des unités médicales de l'hôpital public si nécessaire, des hôpitaux communaux, ou dans le milieu social. Malgré les problèmes rencontrés (obtention d'un logement, poursuite du traitement, soutien psychothérapique, activités de loisirs plus difficiles à organiser que dans une institution, refus de la part de certains malades), l'expérience est jugée très positive. Le malade âgé n'est plus considéré comme un

fardeau pour l'équipe intra-hospitalière, les services aux malades sont augmentés, les conflits éventuels entre institution de milieu et hôpital psychiatrique aplanis.

La prise en charge des sujets âgés dans les services hospitaliers suscite de nombreux articles.

En 1974, Ph. BOVIER et coll. /252/ publient leurs "réflexions sur une analyse de 100 admissions récentes dans le service de Gériatrie de la clinique psychiatrique universitaire de Genève". Cette étude, visant à déterminer les grands axes de l'assistance hospitalière aux personnes âgées, préconise :

- une meilleure information de l'opinion publique et des personnes âgées sur les possibilités d'assistance médico-sociale qui leur sont offertes et sur le rôle des milieux hospitaliers.
- une éducation du milieu familial sur la manière de contrôler ou d'éviter les troubles comportementaux de certains patients âgés en préservant leur autonomie et sur la façon de collaborer activement avec les services médico-sociaux.
- la réaffirmation vis à vis du personnel soignant, médecins compris, du fait que la politique de santé en gériatrie est une politique d'engagement et non de dégageant et que tous les milieux plus ou moins communautaires disponibles doivent être utilisés de façon dynamique et non statique en voulant régler un problème gériatrique une fois pour toutes.
- l'adaptation de la formation du personnel aux problèmes réels posés par les patients âgés en ne classant plus les patients en jeunes et vieux, en aigus et chroniques, en ne qualifiant plus certains soins d'intensifs, car tous les soins doivent être intensifs (même pour les longs séjours) et différenciés et en ne définissant plus le rôle des soignants par rapport à la guérison mais par rapport aux soins.

La revue de presse témoigne de l'intérêt porté aux problèmes de l'hospitalisation des vieillards.

En 1974, H. KRUK /253/ décrit la solitude des personnes âgées en milieu hospitalier et particulièrement dans les unités de "chroniques" où les séjours prolongés ont pour raisons la maladie mais aussi des causes sociales ou économiques. Cette solitude est aggravée par le comportement agressif ou régressif du vieillard lui-même qui vit l'hospitalisation définitive comme une mort

anticipée. L'éloignement du milieu habituel, les handicaps, en particulier sensoriels, la pression du groupe déjà constitué contribuent à renforcer ce sentiment. Les vieillards qui ne s'adaptent pas se replient, refusent les aliments, s'accrochent à des objets qu'ils collectionnent ou au personnel.

Y.MEMIN /254/ présente les "unités gériatriques polyvalentes" de l'Assistance Publique qui sont des services de relais, de moyen séjour (quelques mois) destinés à recevoir des sujets atteints de pathologies très diverses. L'intérêt de ces unités est de permettre, contrairement à certaines "voies de garage", plusieurs orientations ultérieures: retour au domicile, placement en "substituts du domicile" ou en hospices.

En 1976, M.LAXENAIRE et D.BOZETTI /255/ rappellent que le séjour à long terme des vieillards dans les institutions est le fait de personnes atteintes de syndromes cérébraux organiques, de syndromes d'apparence plus fonctionnelle (mélancolie, confusion, délires séniles) ou d'une intrication des deux, l'institution ajoutant ses effets à la psychopathologie intrinsèque. Les facteurs perturbant le psychisme du vieillard, tels le vide existentiel, l'instinct de mort, l'influence de la vieillesse sur la pathologie psychiatrique où l'élément hypocondriaque et les idées de persécution dominant, sur l'évolution de la maladie initiale doivent être connus du personnel soignant pour une bonne prise en charge. Les auteurs insistent sur la nécessité d'un personnel qualifié pour qui le spectacle de la vieillesse ne réactive pas l'angoisse propre, et qui s'efforcera d'éviter la situation grabataire et de sauver voire récupérer les fonctions cognitives des sujets âgés.

L'attitude émotionnelle de l'équipe soignante en face des vieillards est abordée en 1976 par G.GODA /256/, dans le compte-rendu du 1er symposium sur le quatrième âge en Avril 1975. Le grand vieillard peut susciter respect, jalousie par réminiscence des rapports de l'enfant avec l'adulte dont il dépendait, malaise. Les sentiments filiaux provoqués sont ambivalents, non exempts de culpabilité: démonstrations affectives, réveil du conflit infantile à l'évocation de la vie sexuelle des personnes âgées. L'auteur rappelle l'importance de l'idée qu'on se fait de sa propre vieillesse, décrépitude ou sagesse. Concernant la prise en charge médicale, il remarque que l'âge réel, la proximité de la mort renforcent le sentiment d'impuissance et peuvent faire obstacle aux examens et traitements. La culpabilité est renforcée si la mort est ressentie comme une libération pour les soignants. L'ambivalence émotionnelle de ces derniers peut les empêcher d'entendre la demande affective du malade qui réagit soit par la revendication bruyante, soit par la résignation, considérées comme des troubles mineurs du comportement liés à la

vieillesse. Les réunions d'équipe doivent permettre une meilleure approche de ces troubles.

En 1979, C.BONNET et coll. /257/ parlent de leur expérience positive de la mixité dans un pavillon de déments séniles. Pour eux, la formation de couples permet d'établir un système de repère très limité et fiable, de retrouver dans une affectivité certains moments du passé et de les mettre en commun. Ceci contribue à stabiliser les processus involutifs séniles.

Ainsi, comme on peut le voir, les années 70 concrétisent beaucoup d'idées émises lors de la décennie précédente. Le sujet âgé est envisagé sous ses dimensions psycho-affective, organique, socio-économique, culturelle. Des actions sont menées en faveur du vieillissement harmonieux et de la prévention des troubles psychiques. Le maintien à domicile est favorisé par la mise en place effective de la sectorisation, par l'apparition d'hôpitaux de jour et de nuit géro-psi-chiatriques, par les services de soins à domicile. La prise en charge hospitalière s'assouplit (hospitalisation à la carte), et l'on s'emploie à la formation du personnel soignant.

De cette politique globale d'aide aux personnes âgées découle la nécessité particulière d'actions concernant les déments séniles.

En Juin 1973, COLONNA et RIBON /258/ présentent devant la Société Médico-Psychologique une communication intitulée "Psychogériatrie et médecine". Après avoir encouragé la création officielle d'unités de psychogériatrie (dont la première s'est constituée sur l'initiative du Professeur BARUK à Saint Maurice), la mise en place de la sectorisation et des services de soins et d'hospitalisations à domicile, ils se basent sur une expérience belge, celle de l'organisation gériatrique de la ville de Liège, pour affirmer l'importance de l'abord pluridisciplinaire de la démence sénile. Pour eux, il faut abandonner l'idée que la démence puisse être l'affaire du seul psychiatre. Elle doit devenir celle d'une équipe polymorphe: psychiatres, généralistes, spécialistes divers, paramédicaux, psychologues, sociologues, chacun y consacrant une part variable de son temps. Parallèlement au travail thérapeutique intense, les nombreux secteurs de recherche doivent porter sur:

- la sénescence physiologique et la sénilité pathologique.
- les rapports entre le sujet et le milieu dans son organisation affective et ses réajustements libidinaux.

- la sexualité du vieillard souvent trop vite considérée comme inexistante ou pathologique.
- les facteurs étiopathologiques de détérioration intellectuelle.
- les rapports entre psychothérapie et chimiothérapie, cette dernière impliquant une adaptation particulière chez la personne âgée.

En 1973, A.S.LUKE /259/, élève de J.de AJURIAGUERRA, publie un volumineux article concernant l'étude des interactions sociales chez les déments de grand âge. A partir d'un groupe de 27 femmes âgées de 68 à 90 ans, de niveau scolaire et professionnel assez uniformes, toutes atteintes de diverses démences avancées, il définit plusieurs sous-groupes en fonction :

- de l'activité sociale: les expansives, au nombre élevé de contacts, et les réservées. Il n'observe pas de rapport entre le niveau opératoire d'une malade et l'ampleur de ses interactions sociales. Le rôle de la personnalité prémorbide dans ce phénomène est évoqué. Par contre, il constate la possibilité d'une discrimination permettant le choix d'un objet bien différencié de contact chez les sujets de meilleur niveau.
- du statut dans le groupe: les populaires, qui reçoivent un nombre de contacts positifs élevés, et les isolées. Les populaires sont caractérisées par des traits sociaux à valeur sécurisante aux yeux des autres malades (attitudes d'amabilité, de gentillesse) ou émettent des signaux globalement reconnus comme tels. Les isolées montrent une attitude querelleuse, représentant une menace. Il s'agit parfois de malades atteintes de cécité, et l'auteur en déduit la valeur relationnelle certaine du regard. Il souligne par ailleurs le rôle important de l'"objet transitionnel", comme la poupée, dans les contacts.

Les différentes interactions sociales observées dans ce groupe de démentes séniles sont les suivantes :

- les contacts négatifs émis: ils dépendent probablement de la personnalité et du tempérament.
- les contacts négatifs reçus: essentiellement émis par des sujets au comportement agressif ou présentant des stéréotypies irritantes.

- les réponses immédiates aux contacts: les expansives répondent en gros à tous les contacts qui s'adressent à elles, les réservées pas toujours. Les contacts verbaux diminuent lorsque les interactions diminuent, alors que les contacts non verbaux persistent.
- le sourire: il possède une fonction distinctive très importante et semble être une des composantes essentielles de l'activité sociale.
- l'expression verbale spontanée: importante chez les expansives, elle est en relation avec le niveau opératoire. Mais on n'observe aucun rapport entre l'activité sociale et le niveau opératoire, d'où l'hypothèse de l'existence d'un langage à fonction sociale et affective, et non cognitive.
- le contact corporel: il est peu fréquent dans l'ensemble, probablement en raison de l'impact des impératifs sociaux. Il est plus fréquent chez les expansives que chez les isolées. On en déduit le pouvoir relationnel et social considérable des contacts corporels.
- les mouvements de la tête: ils sont une marque d'intérêt pour l'entourage.
- les mouvements de la main vers le corps propre: ils sont très fréquents chez les réservées, et semblent remplir le vide laissé par l'absence de contact avec autrui.

A.S.LUKE arrive à la conclusion que les malades se différencient à la fois par l'ampleur de leurs échanges sociaux et par leurs comportements. Bien que le choix d'un objet relationnel soit perturbé chez elles, il subsiste certaines valeurs et signaux spécifiques auxquels les malades restent sensibles. Pour l'auteur, les réactions à ces valeurs dépendent en grande partie de leur effet sécurisant ou au contraire angoissant. D'où la nécessité d'entourer le dément d'une atmosphère agréable et sécurisante, favorable à l'interaction, pour limiter ses désinvestissements et stimuler toute son activité sociale.

En 1976, J de AJURIAGUERRA et coll. (dont A.S.LUKE) /260/ exposent leurs recherches sur les conduites alimentaires dans les démences dégénératives ou mixtes à prédominance dégénérative du grand âge. Les aspects symptomatiques les plus caractéristiques relevés sont :

- la modification des conduites liées au rythme biologique, socialement conditionné, que constitue la prise de repas quotidiens.

- l'atteinte des capacités de mettre la table et la serviette, de manier les ustensiles et les récipients et de consommer un aliment donné et un repas.
- l'existence de comportements qui entravent ou parasitent l'acte alimentaire.
- la perturbation des préférences et refus alimentaires et des réactions au goût et à la couleur des aliments.

Les auteurs tentent une interprétation neuro-psycho-pathologique et distinguent les symptômes liés:

- aux conduites sociales.
- à l'instrumentalité proprement dite dans ses rapports avec l'acte alimentaire.
- à l'activité motrice impliquée dans l'alimentation.
- au temps dans l'alimentation.
- à la nosognosie, à l'attention, à la motivation, aux désirs et préférences alimentaires.
- à la faim, la soif et la satiété.

Ils remarquent des variations individuelles dans la détérioration des capacités alimentaires des patients ainsi qu'une aggravation brutale lors du passage du 3ème au 4ème niveau de désintégration clinique démentielle et de disparition du raisonnement opératoire. Cette aggravation serait liée au dérèglement du mécanisme de la faim et de la satiété. Sur un plan pratique, ils font remarquer que l'alimentation est un moment propice à la relation, aux soins et à la rééducation et qu'il faudrait approfondir les connaissances dans ce domaine.

A travers ces deux articles, on constate l'effort de toute une équipe pour agir sur l'environnement qui joue un rôle essentiel chez les déments séniles. Cette attitude a une très grande valeur thérapeutique et participe sinon à la restauration, du moins à la stabilisation du processus de détérioration.

Sur les plans anatomo et physio-pathologiques, seules les revues de presse fournissent des références en matière de démence sénile.

En 1970, L.S.GOLDIN et V.F.DEDOV /261/ affirment que les modifications du noyau, caractérisé par de nombreuses inclusions ressemblant aux chromosomes entourées de corps ribosomiformes, et du nucléole qui présente de larges lacunes,

sont véritablement les causes des perturbations de l'activité cérébrale chez les personnes ayant présenté une démence de l'âge avancé.

H.LAUTER /262/ publie une étude sur les formes tardives de la maladie d'ALZHEIMER et ses rapports avec la démence sénile. Selon lui, la maladie d'ALZHEIMER n'est pas le privilège du présénium. Elle peut survenir à tout âge. Le critère chronologique ne peut donc pas servir au diagnostic. Les critères anatomiques varient en fonction des auteurs et ne sont donc pas spécifiques. Les critères cliniques sont également variables, certains travaux parlant d'"alzheimerisation" de la démence sénile. Par ailleurs ni la tendance à la focalisation, ni l'intensité des manifestations focales ne sont absolument caractéristiques. L'auteur adopte le point de vue uniciste, que semblent conforter les données génétiques. Le mode de transmission serait un mode dominant, avec un risque morbide comparable dans les familles des "alzheimeriens" et dans les familles des déments séniles.

En 1973, R.HUNTER et coll. /263/ contestent l'importance des facteurs héréditaires dans la maladie d'ALZHEIMER et accordent plus d'importance aux facteurs exogènes. Pour lui, le petit groupe de cas de maladies type ALZHEIMER familiales devraient être considéré comme appartenant à une entité différente.

En 1976, J.BIEDER résume le compte-rendu des journées post-universitaires bruxelloises de géronto-psychiatrie qui se sont déroulées en Mai 1973 /264/. Concernant le diagnostic des démences, diverses orientations sont évoquées :

- avant 65 ans, on est orienté vers la maladie d'ALZHEIMER par les troubles mnésiques globaux, progressifs avec ralentissement psychomoteur, apathie progressive, troubles des fonctions symboliques et conscience relative du trouble. On est orienté vers la démence artériopathique par l'amnésie progressive affectant plus les faits récents, les troubles de l'attention, les troubles dysthymiques, ceux de la conscience et du comportement, les crises convulsives. L'hypothèse d'une maladie de PICK se formulera devant l'appauvrissement des idées, le déficit de l'abstraction du jugement, de l'auto-critique, du sens moral, la tendance à la répétition.
- après 65 ans, on trouvera des troubles insidieux des fonctions intellectuelles, des symptômes psychotiques et des troubles du comportement.

- Le diagnostic différentiel de la démence débutante avec la dépression sénile n'est parfois fait que sur les résultats du traitement anti-dépresseur.

Sur le plan thérapeutique, il est rappelé que l'efficacité des traitements biologiques (thérapeutique embryonnaire, thérapie cellulaire de NIEHANS, gelée royale d'abeilles, cure d'ASLAN) est inconstante et aspécifique. Toutes les maladies physiques doivent être traitées ainsi que les troubles du sommeil. Les idées délirantes seront atténuées par les neuroleptiques. Dans les troubles des fonctions intellectuelles, l'acide ribonucléique, la pémoline magnésium, les substances modifiant le métabolisme cellulaire, les vasodilatateurs sont proposés, sans grands résultats. La sociothérapie, la psychothérapie, la kinésithérapie et plus récemment l'ergothérapie trouvent leurs indications. Une expérience de stimulation en groupe du langage chez les déments séniles est décrite. Il s'agit d'exercices progressifs de dénomination, de catégorisation, d'orientation et d'information visant à corriger les troubles.

En 1977, T.B.KHAIME /265/ évoque la possibilité du rôle des traumatismes crano-cérébraux dans le développement de la maladie d'ALZHEIMER, tandis que O.GUARD et coll. /266/ émettent l'hypothèse d'une perturbation des métabolismes de la dopamine et de la sérotonine au cours de cette maladie. La maladie de PICK ne serait pas soumise à cette perturbation.

En 1979, J.RICHARD et coll. /267/ parlent d'un traumatisme du métabolisme du zinc dans cette maladie.

Comme on peut le voir, la prise en charge du dément sénile évolue considérablement à cette époque. Les données anatomiques et physiologiques, la sémiologie perdent nettement leur caractère prépondérant. En revanche, la prise en compte de l'individu lui-même, de sa composante affective et du rôle de l'environnement devient essentielle et permet d'établir une stratégie thérapeutique.

Parmi les autres psychopathies séniles, la dépression se caractérise par sa grande fréquence et l'intérêt qu'elle suscite chez les auteurs pour diverses raisons.

Dans la revue de presse de 1970, A.GIANNELLI et coll. /268/ établissent un lien entre l'apparition des dépressions involutives et l'existence de situations d'importance vitale, éléments nécessaires et spécifiques à la survenue des épisodes morbides pour certains auteurs, simples facteurs déclenchants pour d'autres.

En 1976, à la suite du 5ème congrès de l'Association méditerranéenne de psychiatrie, J.C.SCOTTO et coll. /269/ soulignent, dans la revue de presse, la

fréquence et l'intérêt théorique et pratique des états dépressifs. Ils rappellent que la symptomatologie de ces derniers est souvent masquée par des troubles caractériels, des troubles des conduites alimentaires, un délire de relation, voire une détérioration intellectuelle transitoire.

En 1975 et 1976, C.PULL et P.PICHOT /270,271,272/ présentent devant la Société Médico-Psychologique trois communications concernant le concept de mélancolie d'involution. Créé par KRAEPELIN en 1876, ce concept toujours largement utilisé a cependant été contesté depuis son introduction. Dans l'ensemble, les travaux récents confirment l'indépendance de la mélancolie d'involution par rapport aux dépressions bipolaires alors qu'ils tendent à la rapprocher des formes unipolaires à début précoce. La spécificité de la mélancolie d'involution serait liée à l'âge de début de la maladie: plus grande intensité de l'hypocondrie, moins grande intensité des sentiments de culpabilité dans les dépressions à début tardif. Le moindre ralentissement, quant à lui, serait dû à l'effet pathoplastique de l'âge.

A propos des délires au cours du troisième âge, J.BILLE et J.L.MASSE /273/, dans la revue de presse de 1975, distinguent :

- les vieux délires des délirants vieillissants: les schizophrénies ont tendance à s'améliorer, de même que les délires hallucinatoires chroniques, suivant l'importance de la durée et le degré de profondeur du processus. Les délires paranoïaques ont une évolution favorable et le rôle de la sénilisation y reste discuté.
- les délires d'apparition récente chez les vieillards: leur début est plus ou moins brutal, l'intervention de facteurs exogènes est souvent observée. Les schizophrénies sont rares et les mélancolies fréquentes. La symptomatologie est variable, avec ou sans syndrome confusionnel et agitation nocturne. Les mélancolies s'accompagnent fréquemment d'idées de persécution, de thèmes hypocondriaques. Les états délirants proprement dits constituent des tableaux très variables, souvent peu caractéristiques. Les délires associés aux démences sont d'évolution fluctuante.

En 1976, G.CULOT et coll. /274/ publient leurs travaux sur l'évolution de la symptomatologie psychotique dans la vieillesse en fonction de l'environnement. Ils observent une atténuation des symptômes avec l'âge, les affections à début aigu

ayant meilleur pronostic. Après 65 ans, ils constatent la prédominance des préoccupations somatiques et des manifestations dépressives. Les psychotiques âgés ayant vécu en milieu psychiatrique présentent souvent un retrait affectif et un ralentissement moteur. Ceux qui sont transférés en hôpital général deviennent méfiants et hostiles. Les auteurs pensent que ces institutions sont malgré tout sécurisantes puisque les tendances dépressives et la désorientation sont plus marquées chez les patients âgés vivant au dehors.

Au cours des années 70, la place faite dans les Annales Médico-Psychologiques à la psychogériatrie et, comme on le verra, à la thérapeutique en gériatrie, montre à quel point ces deux domaines évoluent et deviennent indispensables à la formation de tout médecin, généraliste ou non.

La "somatogériatrie" fournit quelques références dans les différentes revues de presse, surtout en neurologie.

En 1973, B.BISIO /275/, dans "Neurologie et vieillesse", détaille les modifications nerveuses normales et pathologiques du vieillissement, après avoir rappelé le processus de transformation du système nerveux.

Toujours en 1973, V.V.SEMENOVA-TYAN-CHANSKAIA /276/ décrit la polynévrite sénile, maladie chronique caractérisée par l'apparition progressive de parésies distales avec atrophie, hyporéflexie et modification de l'activité bioélectrique, troubles de la sensibilité superficielle et vibratoire. La pathogénèse de cette polynévrite est en rapport avec les troubles circulatoires, de la fonction de soutien, du tonus musculaire, de la trophicité distale. Le traitement en est complexe.

En 1978, P.J.DELWAIDE et M.DESSEILLES /277/ étudient les dyskinésies bucco-linguo-faciales et les mouvements stéréotypés des membres chez les sujets âgés. Les premières sont involontaires, répétées, non rythmiques, à la vitesse de mouvements habituels mais n'évoquant aucune activité normale. Elles affectent 25% des vieillards et 35% des déments, prédominant chez la femme. Les seconds sont pseudo-rythmiques, évoquant une activité spécifique comme le frottement, plus rares que les dyskinésies et non associées à elles. Les neuroleptiques influencent les dyskinésies bucco-linguo-faciales, mais pas les mouvements stéréotypés des membres. Les auteurs supposent donc des étiologies distinctes pour ces deux types de mouvements. Ils signalent l'étiologie vasculaire cérébrale évoquée par certains auteurs pour les dyskinésies, sans certitude absolue.

A signaler :

- en 1970, un article de M.R.MELNIKOWA /278/ sur l'évolution et le diagnostic de la pneumonie chez les malades mentaux âgés: évolution lente, fréquence des bronchopneumonies atypiques, récidivantes, aggravées par le decubitus, l'inversion du rythme du sommeil, les troubles de la régulation cortico-viscérale.
- en 1973, un article de J.Y.CASSAIGNE et coll. /279/ sur la confusion mentale et l'anémie chez le sujet âgé: toutes les anémies peuvent déterminer des troubles psychiques, surtout chez le vieillard dont la vascularisation cérébrale est déjà précaire. Ces troubles peuvent être mineurs (pertes de mémoire, troubles de l'attention, irritabilité, somnolence, vertiges, baisse d'acuité visuelle) ou plus importants (accès dépressifs, délirants, surtout confusionnels).

Enfin, deux articles retiennent l'attention car ils concernent des situations auxquelles on est fréquemment confronté :

- en 1975, A.BEUCLER et J.BARBIZET /280/ s'intéressent aux chutes chez le vieillard: ils distinguent les chutes avec perte de connaissance complète (épilepsies, troubles du rythme cardiaque, insuffisance myocardique, syncopes réflexes par hypersensibilité du sinus carotidien, par ictus laryngé, syncopes post-mictionnelles, syncopes des colopathes abusant de laxatifs), les chutes avec perte de connaissance incomplète (hypotension artérielle de causes variées, souvent iatrogènes, affection médullaire, extrapyramidale, hypoglycémie, accident vasculaire cérébral, crises névropathiques), les chutes sans perte de connaissance (insuffisance vertébro-basillaire, fragilité statique, troubles de l'équilibre, troubles posturaux dont ceux de la maladie de PARKINSON, troubles de l'oculomotricité).
- en 1976, M.BERKMAN et coll. /281/ traitent du sujet âgé grabataire: ils estiment nécessaire une prise en charge dès la 24ème heure d'alitement, sous peine de voir apparaître atrophie, rétractions, genoux en "ciseaux", ostéoporose, escarres, dénutrition, encombrement respiratoire, infection urinaire, désorientation. Le traitement préventif est le lever précoce, la kinésithérapie, la

psychothérapie, l'ergothérapie. Les auteurs utilisent l'échelle d'EXTON SMITH pour faire le point: la cotation concerne l'état général, le stade mental, la marche, la mobilité, la continence. Le traitement curatif de l'état grabataire comporte l'apport de 1500 à 2000 calories avec 2 litres de liquide assurant l'équilibre hydro-électrique, une antibiothérapie fonction de l'antibiogramme si nécessaire, la prévention des complications cardio-vasculaires par petites doses d'héparine, le traitement des complications urinaires, la prévention des escarres. Les auteurs plaident en faveur d'un hôpital gériatrique qui comprendrait quelques lits de malades aigus, des unités de moyen et long séjours, un centre de jour, avec des médecins internistes, des kinésithérapeutes, des psychiatres, et ce pour éviter les transplantations.

En gérontologie, un seul article est publié entre 1970 et 1980 dans les Annales Médico-Psychologiques. C'est celui de R.OLIVIER.MARTIN et coll. /282/ en 1975 sur le sommeil chez les sujets âgés. (Description et analyse de quelques données recueillies dans une population rurale.) Il ressort de cette enquête les points suivants :

- importance de la durée de repos au lit.
- fréquence des réveils nocturnes.
- moindre qualité du sommeil selon les sujets âgés eux-mêmes.

Les auteurs n'ont pas constaté de modification significative de la durée totale du sommeil chez un sujet avec l'âge, mais des variations interindividuelles très importantes. Les femmes semblent avoir des durées de repos au lit et des durées de sommeil total supérieures à celles des hommes, tout en se plaignant plus souvent de difficultés d'endormissement, d'insomnies matinales et de rêves pénibles. Cette insatisfaction est à rapprocher, selon les auteurs, des attitudes de réponses concernant les inquiétudes et les plaintes qui sont exprimées beaucoup plus facilement par les femmes que par les hommes, dans des domaines aussi variés que la santé, l'avenir matériel ou la famille. Les variations de sommeil d'un individu à un autre semblent surtout liées au degré d'anxiété, mesuré par le test de santé mentale (TST). Il existe une corrélation significative entre le score au TST et les insomnies du milieu de la nuit, les rêves pénibles et les cauchemars, la brièveté du sommeil. Ce score est moins corrélé aux insomnies du matin et ne paraît pas

corrélé aux retards à l'endormissement. Ainsi les facteurs psychologiques et de personnalité sont très importants. Par contre, les auteurs n'ont pas remarqué, sur le plan clinique, de relation entre les différentes variables du sommeil et le niveau d'efficacité intellectuelle, mesuré avec le test de code.

Pour ce qui concerne les examens paracliniques, on note dans les différentes revues de presse trois références ayant trait aux sujets âgés.

En 1971, P.DELMONTE et G.MASAZZA /283/ rapportent leur expérience sur les aspects psychométriques, électroencéphalographiques et cliniques chez 60 malades mentaux âgés de 50 à 80 ans. Ils n'observent pas de corrélation significative entre la détérioration et les altérations électroencéphalographiques. Ces dernières ne semblent pas compromettre le quotient intellectuel, qui est cependant modifié par l'anxiété, les idées délirantes, les troubles de l'attention et du symbolisme.

Toujours en 1971, T.V.MOROSOVA /284/ analyse les corrélations de fréquence du rythme alpha dans l'électroencéphalogramme des vieillards âgés et des malades présentant des psychoses de la sénilité. Il conclue que le ralentissement du rythme alpha observé chez les sujets âgés, et particulièrement en cas de psychoses vasculaires, est la conséquence de la diminution de la vascularisation et du métabolisme comme dans l'insuffisance vasculaire, l'anoxie et l'hypoglycémie.

En 1978, R.FREYENS /285/ présente l'échelle d'appréciation gériatrique de STOCKTON qui, selon lui, différencie nettement les états organiques démentiels des autres diagnostics. Cette échelle, dont les scores ne sont pas corrélés à l'âge des sujets déments, fournirait par ailleurs d'utiles indications sur le vieillissement propre à divers groupes d'affections psychiques.

Dans le domaine de la thérapeutique médicamenteuse, bon nombre d'auteurs recommandent la prudence dans l'utilisation des psychotropes.

Ainsi la revue de presse de 1972 cite la thèse de J.C.PERON-MAGNAN /286/, élève du Professeur DENIKER, intitulée "Psychopharmacologie et Gériatrie" qui fait le point sur ce sujet.

Dans la revue de presse de 1975, H.PEQUIGNOT /287/ préconise tout d'abord de bonnes conditions pour la prescription médicamenteuse (ex: ne pas laisser dans l'isolement sensoriel, moral et physique un vieillard déprimé à qui l'on prescrit des anti-dépresseurs). Il s'agit ensuite de fixer la hiérarchie des troubles à traiter, quelle que soit la demande, l'automédication étant le principal obstacle rencontré. L'auteur conseille l'administration d'anti-coagulants chez les personnes

âgées en raison de la fréquence des morts par thrombose veineuse avec embolie pulmonaire. Il critique l'abus d'analgésiques, purement symptomatiques, et d'hypnotiques qui causent des états crépusculaires et confusionnels.

J.LASSERRE /288/ distingue trois catégories de vieillards: ceux qui veulent guérir et acceptent la médication, ceux que leur maladie a rendu pôle d'intérêt pour leur entourage, ceux qui s'abandonnent et réagissent par l'anxiété, l'hypocondrie ou la dépression. Il déconseille l'administration de suppositoires, les perfusions qui durent trop longtemps, les échantillons médicaux ("la valeur implique le sacrifice") et insiste sur la nécessité d'expliquer les traitements.

Dans la revue de presse de 1977, P.AUDOLY et coll. /289/ s'intéressent aux accidents des psychotropes chez le vieillard. Il s'agit du passage à l'acte avec les thymo-analeptiques, de l'agitation paradoxale avec les barbituriques et les neuroleptiques, des états confusionnels dûs à des troubles métaboliques aggravés par les psychotropes, de l'hypoxie majorant les troubles psychiatriques avec les tranquillisants majeurs. Les auteurs conseillent de diminuer les posologies en raison de la proximité des doses efficaces et des doses toxiques, de ne pas prescrire les formes retard, de surveiller l'apport liquidien et l'oxygénation, d'utiliser des médicaments favorisant la circulation et l'oxygénation, des nootropes qui peuvent parfois éviter le recours aux psychotropes.

Les neuroleptiques, d'utilisation courante, font l'objet de plusieurs articles.

En 1973, R.MEYER et coll. /290/ rapportent leur expérience du traitement neuroleptique discontinu en géronto-psychiatrie. Ils partent du constat suivant: aucun neuroleptique n'est, à cette époque, purement anti-psychotique ou purement sédatif. Après une prise unique, l'effet sédatif, prévalent dans les premières heures, s'estompe pour laisser s'exprimer l'effet anti-psychotique. Les prises unquotidiennes vespérales s'inscrivent donc harmonieusement dans le rythme nyctéméral. Les prises bi-hebdomadaires et même hebdomadaires de neuroleptiques incisifs favorisent l'effet deshinibiteur (dynamisme accru, meilleur contact, vie affective plus riche) qui ne serait en fait qu'une action antipsychotique débarassée de sédation et d'inhibition psychomotrice. Par conséquent, l'espacement des prises arrive à sélectionner un effet thérapeutique, l'effet anti-psychotique, que la pharmacologie n'arrive pas encore à isoler. Il permet par ailleurs des économies de médicaments et de temps pour l'équipe soignante. Les inconvénients viennent du fait que les doses ne peuvent être cumulées et augmentées indéfiniment, et surtout de l'effet sédatif consécutif à la prise. Mais cet effet sédatif est quasi-continu en cas d'administration classique. Aussi les

auteurs penchent-ils nettement vers l'administration discontinuée des neuroleptiques, particulièrement en gériatrie-psychiatrie.

Dans la revue de presse de 1974, G.E.CRANE et R.A.SMEETS /291/ évoquent, à propos des dyskinésies bucco-linguo-faciales tardives, une corrélation avec la posologie et la durée des traitements neuroleptiques. Les dyskinésies non iatrogènes sont extrêmement rares d'après eux.

En Mai 1978, J.C.PEYRON /292/ communique devant la Société Médico-Psychologique son rapport sur les neuroleptiques en gériatrie-psychiatrie: leur utilisation, les précautions d'emploi. Les principales indications des neuroleptiques sont énumérées :

- l'agitation sous toutes ses formes (nocturne ou diurne) sous-tendant ou non une activité délirante ou un état confusionnel.
- les troubles de l'humeur avec leur corollaire, les troubles du caractère, tous deux facteurs de rejet de la part de l'entourage.
- certains états en rapport avec l'insomnie et notamment les états mélancoliques d'involution.
- les états franchement délirants qu'ils soient de nature hallucinatoire ou interprétative, ceci comprenant en particulier les idées de persécution du vieillard.

Après avoir détaillé les neuroleptiques disponibles à cette époque, l'auteur en rappelle les précautions d'emploi :

- bilan général avant tout traitement neuroleptique chez le sujet âgé.
- prise en compte de l'état général, des antécédents cardiovasculaires dans le choix du neuroleptique.
- posologies progressivement croissantes adaptées à chaque cas, interruption du traitement devant l'apparition d'effets secondaires gênants, prudence dans le maniement des correcteurs.
- surveillance de l'évolution des symptômes "cibles": réapparition du sommeil, sédation des états d'agitation, amélioration du contact, réduction de l'anxiété et des états délirants.
- maintien du traitement une fois l'effet recherché atteint, adaptation des posologies en évitant les variations brutales.

- utilisation préférentielle de gouttes, surtout à l'hôpital, les comprimés étant parfois difficiles à prendre bien que plus maniables à l'extérieur.
- prise vespérale préférable, permettant d'éviter la prescription d'hypnotiques.
- prescriptions simples assurant une bonne observance.
- nécessité d'une prise en charge plus globale.

Concernant les anti-dépresseurs, on relève en 1970 une communication un peu à contre courant de BOURGEOIS et coll. /293/ devant la Société Médico-Psychologique, sur les dépressions séniles pseudo-déméntielles convulsivo-curables. Selon les auteurs, la convulsivothérapie, qui s'est considérablement perfectionnée, est un traitement plus efficace et moins dangereux que les drogues anti-dépressives chez les sujets âgés car elle est pratiquement dépourvue de contre-indications. Elle ne semble cependant pas prévenir les rechutes, au contraire.

Dans la revue de presse de 1972, B.DUCLAUX et coll. /294/ évoquent les effets bénéfiques de la clomipramine (ANAFRANIL) à faible dose sur certains symptômes dits positifs ou émergents au cours d'états déficitaires (états d'affaiblissements séniles et artériopathiques entre autres).

Les médicaments agissant sur la vascularisation cérébrale tiennent une place importante dans la pharmacopée comme en témoignent les trois communications suivantes :

- lors de la séance du 6 Juillet 1970 de la Société Médico-Psychologique, J.CARRERE /295/ décrit l'action restructurante du SUREPTIL, vasodilatateur cérébral et coronarien, dans les composantes anxio-dépressives d'états involutifs. Très bien toléré, ce médicament agit, selon l'auteur, sur le ralentissement moteur, l'anxiété, la désorientation conceptuelle, la tension, l'émoussement affectif. Il améliorerait par ailleurs les syndromes paranoïdes et hallucinatoires chroniques. Au cours de la même séance, S.BORNSTEIN et coll. /296/ rapportent leur étude sur l'HYDROSARPAN, vasodilatateur original agissant par inhibition des récepteurs alpha adrénergiques, augmentation du débit artériel, accélération du retour veineux. Les auteurs ont mis en évidence

l'efficacité de ce produit dans les états de déficit acquis de la sénilité, de même que dans les états dépressifs, mélancoliques ou psychotiques, en fonction du terrain vasculaire du sujet ou lors de l'échec ou de contre-indications de traitements classiques.

- lors de la séance du 24 Mars 1975, J.MICHELANGELI et coll. /297/ exposent leur étude de l'action de la nicergoline (SERMION) dans la pathologie vasculaire chronique du troisième âge. Selon les auteurs, cette molécule, dont l'action alpha-adrénergolytique est pure, sans apparition d'une vasoconstriction aux posologies élevées, favorise par ailleurs le métabolisme cellulaire par un apport maximal en substances énergétiques. Elle s'est avérée significativement plus active sur la mémoire qu'un placebo. Elle a, dans quelques cas, amélioré le comportement des sujets en induisant notamment une reprise d'activité psychomotrice. Elle a été parfaitement tolérée.

Parmi les autres thérapeutiques médicamenteuses, signalons le SYNACTHENE-RETARD dont l'efficacité dans les confusions mentales des sujets âgés est rapportée par M.PORTE et coll. /298/ au cours de la séance du 18 Décembre 1978 de la Société Médico-Psychologique. Les auteurs ont fait les constatations suivantes :

- la cortico-surrénale du vieillard répond très bien à la stimulation par le SYNACTHENE.
- ce produit améliore les signes de confusion.
- la tolérance est bonne.
- l'efficacité est d'autant plus grande que les troubles confusionnels sont dûs à une cause vasculaire cérébrale.
- cette efficacité n'est pas proportionnelle au taux d'augmentation de la cortisolémie.

Enfin, la revue de presse fournit deux références intéressantes dans ce domaine:

- en 1970, l'article de A.DONATI et coll. /299/ sur les modifications de la capacité d'apprentissage dans un groupe de sujets psychiquement détériorés traités par l'acide ribo-nucléique: les auteurs ne retrouvent,

contrairement à ce qui a été souvent rapporté, qu'un effet très limité de l'acide ribo-nucléique sur le processus démentiel.

- en 1974, l'article de B.XHENSEVAL /300/ sur les syndromes de glissement chez les vieillards: l'auteur distingue le syndrome d'oppositionnisme passif aigü (refus d'aliments, dyspnée d'angoisse, gâtisme, bafouillage) et l'état grabataire (favorisé par l'atteinte générale, le rejet ou l'hyperprotection, la retraite, le terrain). L'état grabataire est l'une des formes de l'institutionnalisme ou une création de la famille. Dans ces états de glissement, il préconise l'utilisation du sulpiride (DOGMATIL), des I.M.A.O à titre préventif. Il souligne l'importance de la tentative de reconstruction du milieu par des visites fréquentes, l'intérêt de la kinésithérapie qui s'efforce de restaurer les gestes "parlants", de la psychothérapie stimulant la dynamique motivationnelle.

A propos de la psychothérapie, dans le cadre des autres moyens thérapeutiques adressés aux personnes âgées, on relève dans la revue de presse de 1970 un article de G.DARCOURT et coll. /301/ sur un essai de psychothérapie institutionnelle en maison de retraite. Les auteurs ont organisé un club de pensionnaires administré par un bureau élu. Ce club est englobé dans une association plus large, groupant des représentants de l'administration, de la direction et du personnel soignant, et des membres associés extérieurs à l'établissement. Cette association a pour but de stimuler et d'aider le club. Ce dernier, devenu rapidement une institution nouvelle, détentrice d'un pouvoir, créant des hiérarchies, modifie les circuits antérieurs de communication et de dépendance réciproque. Les activités et les échanges sont augmentés chez les pensionnaires dont la détérioration n'est pas trop importante. Les auteurs remarquent par ailleurs que l'argent, circulant ouvertement, agit comme stimulant des activités et a retrouvé les valeurs symboliques qu'il a dans la société.

En 1975, J.RICHARD et coll. /302/ détaillent les indications de la relaxation en gériatrie sur la base d'une expérience de 3 ans dans le service de gériatrie de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Genève, la méthode de relaxation préconisée étant celle de J. DE AJURIAGUERRA et M.COHEN. On retiendra les observations concernant les atteintes démentielles. Pour les auteurs, le déficit intellectuel modifie le mode relationnel des patients déments sans le supprimer. La "communication affective" persiste bien après la disparition des possibilités

opératoires et instrumentales. La relaxation constitue une situation apaisante pouvant être saisie activement. Elle représente donc un mode d'abord possible des déments séniles, à adapter selon les besoins du malade perçus par le thérapeute.

En 1976, B.PIERREHUMBERT et coll. /303/ exposent les fondements méthodologiques de l'ergothérapie en psychogériatrie à travers l'approche du réel chez le dément sénile. Trois groupes de concepts fondamentaux sont définis comme éléments préalables pour une approche plus systématique de cette pratique:

- un ensemble de concepts qui concernent l'observation des patients dans leurs activités spontanées du point de vue de la relation avec le monde des objets et le monde des autres. Une classification des conduites est alors esquissée.
- un autre groupe de concepts est relatif à l'intervention de l'ergothérapie au niveau de l'élaboration d'un monde extérieur objectif par opposition à celui des fantasmes et de la pensée magique.
- un troisième groupe de concepts est lié à l'intervention de l'ergothérapie au niveau des caractéristiques instrumentales des activités pratiquées traditionnellement.
- L'ergothérapie, grâce à cette armature théorique, trouve donc une identité au sein des autres thérapies. Elle perd sa connotation occupationnelle pour devenir une véritable méthode permettant de pallier certains déficits cognitifs ou relationnels.

Les années 70 se caractérisent donc essentiellement par la concrétisation des grandes idées émises au cours de la décennie précédente, tant sur le plan institutionnel que purement psychogériatrique. La prise en charge de la personne âgée souffrante dans sa globalité est désormais reconnue comme spécifique et originale. Au cours des années 80, la psychogériatrie va encore approfondir ses aspects théoriques, parfaire ses structures, développer tous les moyens d'investigation et les thérapies nécessaires à la mise en place d'un vrai projet thérapeutique.

A propos de la démence sénile, H.SOININEN et O.P.HEINONEN /304/ rappellent, dans la revue de presse de 1983, que les altérations neuropathologiques de la maladie d'ALZHEIMER débutant avant 65 ans sont

qualitativement identiques à celles de la démence sénile, d'où l'emploi du terme de démence sénile du type ALZHEIMER (DSA). Les auteurs accordent une importance déterminante aux facteurs génétiques dans cette maladie, au dépens des facteurs vasculaires, traumatiques et auto-immuns.

L'article de R.L. MARTIN et coll. /305/ dans la revue de presse de 1989 va dans le même sens. Leur étude familiale et génétique de la démence de type Alzheimer donne des arguments en faveur des facteurs génétiques, sur un mode autosomal dominant d'hérédité. Mais la prudence est de rigueur dans ce domaine, et les auteurs, reconnaissent manquer de méthodes de détection plus fiables.

En 1988, K. FUJIYOSHI /306/ avait par ailleurs constaté une diminution de l'arginine-vasopressive dans le cortex cérébral des sujets atteints de DSA. Cette diminution était associée à celle de la somatostatine, des neuro-transmetteurs cholinergiques et noradrénergiques. La même année, toujours dans la revue de presse, V. PH. CHEFER /307/ étudiait les insuffisances et excès du diagnostic de démence sénile et de maladie d'Alzheimer en pratique psychiatrique. L'excès de diagnostic est dangereux parce qu'il dispense le médecin d'un autre diagnostic (tumeur, A.V.C., ...) et d'un effort thérapeutique, surtout quand l'affection est précoce. En ce qui concerne l'insuffisance de diagnostic, on note l'extrême fréquence des syndromes dépressifs masquant le début d'une démence. D'où la nécessité de pratiquer des examens cliniques et paracliniques minutieux.

L'affectivité du dément, les aspects psychopathologiques de la démence sénile sont des questions essentielles pour les auteurs en ces années 80. La stimulation des fonctions intellectuelles résiduelles s'inscrit plus que jamais dans le cadre d'un projet thérapeutique.

En 1986, J.M.LEGER et coll. /308/ publient un article intitulé: "Le compagnon tardif et l'objet non animé du sujet dément sénile: essai de compréhension par une étude comparative avec des phénomènes rencontrés au cours de l'enfance". Cette réflexion sur la vie affective des déments séniles, sur la notion de régression au cours du processus démentiel, sur les mécanismes psychopathologiques expliquant l'apparition du compagnon tardif ou de l'objet inanimé aboutit aux conclusions suivantes:

- le sujet dément sénile possède une vie psychique, témoin de processus dynamiques. La prise en compte de sa composante affective est primordiale dans l'abord psychopathologique du dément sénile. Celui-ci présente un trouble profond de son économie

narcissique, d'où l'établissement d'une relation à un objet narcissique, fonction du niveau d'involution. L'existence du compagnon tardif, qu'il soit imaginaire, halluciné, compagnon d'hospice, membre du personnel soignant, propre image spéculaire du dément sénile ou fausse reconnaissance, fait place à un objet non animé à un stade de déstructuration plus avancé. Le désintérêt vis à vis de ce support relationnel non animé apparaît quand subsiste un comportement exclusivement moteur, stéréotypé. Cette vie automatique et végétative précède de peu la mort.

- ces phénomènes, constatés au cours du processus démentiel, ne peuvent être assimilés au parcours inverse du mouvement progressif de l'enfance, même si des analogies comportementales existent. Le compagnon tardif du dément sénile est fort différent du compagnon imaginaire de l'enfant, et si la relation particulière à l'objet non animé paraît proche de celle que l'enfant a avec l'objet fétiche, la démarche du dément dans la mise en place de cet objet paraît différente.

En 1987, E.PERIVIER et coll. /309/ exposent, lors de la séance du 16 Février de la Société Médico-Psychologique, leur réflexion à propos des mécanismes psychopathologiques de l'involution. Ils distinguent la démence sénile de la démence apragmatique du sujet âgé, en fonction du rapport au temps. Chez le dément sénile, il y a incapacité psychologique à remplir le temps vécu. Le dément a conservé son élan vital et essaye de retenir une vie qui lui échappe. Dans le second cas, au contraire, la symptomatologie est marquée par le refus (refus de vieillir, d'être stérile, inactif) et l'angoisse existentielle entraînant une rupture avec le monde. C'est une néantisation totale, une négation pathologique et active de la vie. Pour les auteurs, l'authentique démence est inaccessible aux traitements alors que la démence apragmatique ou psychose d'involution peut être améliorée par un traitement institutionnel et le maintien d'une vie relationnelle sociale hors de l'hôpital.

En 1988, au cours de la séance du 25 Janvier de la Société Médico-Psychologique, A.LAROME et coll. /310,311/ présentent leurs travaux intitulés respectivement "Psychologie projective et vieillissement. (Etude à partir du SZONDI test d'un groupe de 58 patients)" et "Le vieillissement entre inertie et création". La première communication fait état d'une tentative de remobilisation des capacités

intellectuelles et fantasmatiques de patients âgés déments séniles par le biais d'un groupe de parole et de dialogue. Les auteurs ont très souvent observé deux phénomènes au cours de leur expérience :

- une attitude dite de "restitution participative", véritable tentative de resaisie de soi à travers le groupe, faisant resurgir un discours. Ce dernier permet par exemple de verbaliser l'angoisse de mort.
- la possibilité de faire retrouver certains souvenirs à ces personnes âgées démentes (ou étiquetées comme telles). Cette émergence de souvenirs provoque une grande satisfaction chez les intéressés et semble être à l'origine de ce que les auteurs appellent une "reprise de soi", ou réappropriation subjective.

Dans la seconde communication, A.LAROME et coll. soulignent l'importance du maintien de l'activité créatrice chez le sujet âgé. En effet, à cette période de la vie où les objets du savoir autrefois investis sont abandonnés, où la vie fantasmatique et le désir sont appauvris, la fonction créatrice permet une mentalisation structurante et lutte contre le désir d'inertie, la pulsion de mort condamnant le sujet au rabachage, à l'abandon de la fonction du Je et à la dissolution dans le collectif.

Toujours en 1988, lors de la séance du 22 Février de la Société Médico-Psychologique, B.CYRULNIK et M.OHAYON /312/ exposent leurs recherches sur les difficultés de reconnaissance chez le vieillard dément confronté à son image. Dans cette communication intitulée "Ethologie du visage âgé dans le miroir", les auteurs décrivent donc l'autoprosopagnosie qui serait un signe très précoce d'une éventuelle rétrogénése.

Le problème de la dépression au cours de la sénescence est abordé par M.DELAGE et coll. /313/ dans la revue de presse de 1980. Pour les auteurs, le début réel de la sénescence est marqué par une véritable crise d'identité: le sujet perd son statut et son rôle psycho-social d'adulte, voit ses capacités diminuer. Cette situation de crise provoque souvent chez le sujet âgé des syndromes imprécis et atypiques. Les états confusionnels ou délirants plus ou moins aigus sont fréquents et ont le même support constitué par l'axe dépressif dont le registre d'expression est appauvri. L'importance des techniques psychothérapeutiques de

réhabilitation corporelle et environnementale est soulignée. La prudence est conseillée dans le maniement des chimiothérapies psychotropes.

Au cours de la séance du 23-24 Oct. 1987 de la Société Médico-Psychologique, J. SEGUI et coll. /314/ analysent les urgences psychogériatriques à l'hôpital général. Les troubles les plus courants sont les syndromes dépressifs et les troubles organiques cérébraux essentiellement chez les femmes.

Dans la revue de presse de 1989, J. SOUTO-LOPES /315/ affirme l'effet pathoplastique de l'âge. Chez les patients âgés déprimés, le ralentissement domine, ainsi que la réduction d'activités et d'intérêts.

Dans la revue de presse de 1988, E. MURPHY et coll. /316/ soulignent l'accroissement des taux de mortalité dans la dépression de l'âge avancé. Les principales causes de la mort semblent être cardio-vasculaires, cérébro-vasculaires, pneumoniques et cancéreuses. Les hypothèses avancées pour expliquer cette incidence léthale plus forte sont d'ordre immunologique (vulnérabilité liée à l'état thymique, source d'évolutions infectieuses), nutritionnel (malnutrition d'origine dépressive à la fois source de moindre résistance aux infections et d'entrave au rétablissement après ictus, fracture, intervention, escarre,..), psychologique (désir de mort). Les auteurs remarquent donc l'intérêt de traiter précocément ces symptômes dépressifs.

Les idées délirantes du troisième âge sont évoquées dans la revue de presse de 1984 par J.C.PELLETIER et G.OPPENHEIM /317/. La spécificité des formes cliniques chez les délirants âgés est indéniable: les idées délirantes sont pauvres, non ou peu systématisées, avec thèmes majeurs de préjudice, de persécution ou d'hypocondrie. Le thème mélancolique est volontiers déguisé sur le mode persécutoire. Les mécanismes utilisés sont surtout hallucinatoires mais presque autant cénesthésiques ou interprétatifs. L'influence des conditions somatiques et environnementales est majeure.

L'alcoolisme chez les sujets âgés est traité d'une part dans la revue de presse de 1982 par K.J.B.RIX /318/ qui ne voit pas de différence significative entre alcooliques jeunes et âgés, ces derniers ne nécessitant par conséquent aucun traitement ou prise en charge spécifique, et d'autre part dans un article de B.MARTENET et C.MUELLER /319/ en 1986 intitulé: "Devient-on alcoolique après 60 ans?". La réponse est positive, mais c'est un phénomène rare. Pour les auteurs, il s'explique par la tendance à l'automédication par l'alcool dans des états dépressifs liés à l'inactivité, à la solitude, à la perte du conjoint, à la perte du statut social, aux maladies dégénératives, à la perspective de la retraite.

Dans la revue de presse de 1989, J.M. LEGER et coll. /320/ distinguent l'alcoolisme vielli, l'alcoolisme tardif, l'alcoolisme décompensé au seuil de la vieillesse chez les sujets ayant présenté des conduites épisodiques toute leur vie. Les causes sont multiples: bas niveau socio-économique et culturel, tradition, nombre de cafés, isolement affectif, vétusté des locaux, complaisance du personnel, alcool moyen de la lutte contre la "perte de l'objet", contre la manque de responsabilité familiale, professionnelle du fait de la retraite.

Concernant cette dernière, M.GAYDA, G.VACOLA et J.M.LEGER /321/ évoquent au cours de la séance du 27 Février 1984 de la Société Médico-Psychologique les premières années de la retraite sur le plan de la santé mentale. Pour eux, la notion de crise ou de rupture provoquée par la cessation du travail est loin d'être vérifiée. La survenue de désordres somatiques ou psychologiques liés à la retraite est essentiellement fonction du sens du travail pour l'individu, de ses revenus, de son état de santé antérieur, de sa capacité d'alternative valable au travail. Le travail de préparation à la retraite représente une possibilité d'assistance non négligeable pour les sujets exposés au stress de rupture que représente la retraite et qui risquent de présenter une évolution dépressive.

Les séances du 23 et 24 Octobre 1987 de la Société Médico-Psychologique sont largement consacrées à cette question de la retraite. M.GAYDA et G.VACOLA /322/ reprennent les propos précédemment cités dans "Epidémiologie psychiatrique et prévention par la préparation du retraité". C.BALLUS /323/, dans son rapport d'introduction, rappelle les trois aspects fondamentaux de la retraite :

- l'aspect biologique: changements d'habitudes et de comportements "physiologiques" et moteurs, sensori-perceptifs, changements des horaires du sommeil, de l'alimentation, des phénomènes de fatigue...
- l'aspect psychologique: de sujet actif, le retraité devient "spectateur passif et éloigné" de ce qui était auparavant son monde professionnel. Il perd ses habitudes de relations, de convivialité et d'interactions.
- l'aspect psycho-social: la société et l'entreprise vont se passer du retraité qui n'aura plus de son côté à contribuer à leur bon fonctionnement. Le niveau de vie est par ailleurs souvent diminué à la retraite.

Le retraité peut s'adapter ou non à cette situation selon sa personnalité psycho-physique, son contexte familial, social et politique, ses conditions économiques et selon qu'il aura ou non anticipé cette période de la vie. Cette notion d'anticipation, définie par J.SUTTER, paraît essentielle au bon déroulement de la retraite. M.POROT et J.P.HUBER /324/ communiquent leur rapport sur les troubles psychiques de la retraite. Ils rejoignent C.BALLUS dans sa description des conséquences de la retraite:

- conséquences psychologiques: la retraite est avant tout une dévalorisation mais aussi une solitude et un deuil.
- conséquences psycho-physiologiques: la retraite est l'âge du "climatère", plus marqué chez la femme, avec ses aspects physiologiques (presbytie, presbyacousie, petites manifestations cardio-vasculaires et digestives, modifications du comportement sexuel) et ses aspects psychologiques. Ces derniers peuvent être :
 - positifs: sublimation de l'énergie libidinale dans un autre système de valeurs, sérénité accrue, jugement plus pondéré, finesse intellectuelle accrue.
 - négatifs: mémorisation plus difficile, imagination et curiosité moins vives, désintérêt et moindre tolérance au travail, impatience et irritabilité, fatigabilité, baisse du dynamisme et du rendement, angoisse, troubles du sommeil, humeur vague, morose.
 - réactionnels: états dépressifs, repli sur soi, refus de vieillir avec essais de surcompensation, révolte se traduisant par un autoritarisme, une critique agressive et sans indulgence notamment contre la jeunesse.

A propos des principaux troubles psychiques considérés comme plus spécifiques de la retraite, les auteurs décrivent la mélancolie d'involution et citent les états dépressifs surtout chez les sujets ayant des antécédents de ce type. Ils constatent cependant, comme M.GAYDA, G.VACOLA et J.M.LEGER, que rien ne permet d'affirmer le rôle pathogénique de la retraite elle-même dans les troubles psychiques sérieux de cette période. Il n'en demeure pas moins qu'elle constitue souvent une phase de "mal à être", d'adaptation difficile et de vie sociale amoindrie. La prévention consiste en l'aménagement de la retraite: anticipation

personnelle, souvent décevante du fait de la mythologie négative dont la retraite est le support, préparation par retraite progressive, peu satisfaisante pour le sujet, ou par stages pouvant être entrepris plusieurs années avant. Les activités physiques et intellectuelles, au nombre desquelles les "Universités du troisième âge" paraissent une formule intéressante, doivent être encouragées au maximum. Au total, d'après les auteurs, le vrai problème de la retraite est de savoir si l'on battra en retraite ou si l'on fera retraite, moment de réflexion, d'approfondissement de soi-même, de la signification de la vie, de ses fins dernières. M.LAXENAIRE /325/ traite du syndrome de la retraite en analysant plus particulièrement l'idée qu'on se fait de cette période, ses réalités, les problèmes sociaux qu'elle pose et les solutions qu'on peut envisager. La retraite est souvent envisagée de manière très ambiguë: elle est à la fois synonyme de calme, de liberté totale et de vide, d'isolement, d'inutilité, de deuil et d'attente déprimante de la mort. Cette anticipation est fortement liée à la qualité de l'investissement du travail. La réalité de la retraite consiste essentiellement, selon l'auteur, en trois phénomènes :

- l'expérience du détachement, du renoncement.
- l'ennui, qui peut se dégrader en tristesse puis en dépression.
- la sénescence annonçant souvent le déclin progressif des facultés intellectuelles et des forces physiques.

Sur le plan sociologique, la retraite est un acquis social qui répond à des nécessités économiques contradictoires et pose de nombreux problèmes, en particulier financiers. Après revue des travaux concernant cette question, l'auteur aborde les moyens de donner à la retraite une dimension positive. Il s'agit dans un premier temps d'accepter la sénescence, puis de réunir les conditions d'une retraite honorable en revendiquant le droit au travail (non rémunéré), le droit au maintien du mode de vie et le droit aux soins, y compris les plus coûteux. D'autres solutions sont proposées: la retraite à la carte échelonnée sur une dizaine d'années à partir du minimum d'annuités requis, l'intégration de la retraite dans un projet de vie globale et l'entretien d'une activité physique et intellectuelle favorisée par les clubs, les Universités du troisième âge. P.DE AZPIAZU et coll. /326/ communiquent leur étude de la morbidité psychiatrique présentée par une population âgée de plus de 65 ans, donc retraitée, dans deux groupes différents: des vieillards résidents et des vieillards ambulatoires. Les résultats obtenus montrent la présence d'une pluripathologie et une haute incidence de morbidité psychiatrique soulignant les

altérations affectives et la démence sénile. Il est aussi démontré que le manque d'appui social influe sur la présence d'une psychopathologie.

Au cours de la séance du 22 Février 1988 de la Société Médico-Psychologique, J.G.VEYRAT /327/ aborde les problèmes posés par la retraite au fonctionnement du couple. A partir de 23 couples où l'un des conjoints, ou les deux, avait déjà auparavant des problèmes psychopathologiques, l'auteur étudie les modifications des rapports, allant le plus souvent dans le sens d'une dégradation. L'affrontement est rendu possible et inévitable par la disparition des écrans (activité professionnelle, enfants) et l'asynchronisme d'évolution des deux conjoints. La décompensation se fait, par fréquence décroissante, sur un mode hystérique, paranoïaque, obsessionnel, hypomane ou sado-masochiste.

En gérontologie, on constate une remise en question totale de la notion de déclin quantitatif et progressif de l'intelligence dans la sénilité. Ainsi L.ANOLLI et A.GHIDOTTI /328/, dans la revue de presse de 1983, évoquent la théorie de CATTEL sur l'intelligence "fluide" associée au développement neuronique jusqu'à la maturation complète des structures nerveuses centrales et décroissant ensuite, et l'intelligence "cristallisée", liée aux facteurs d'environnement, stable et constante dans le temps. Mais certaines études montrent des inversions de tendance avec récupération de l'intelligence fluide et chute de l'intelligence cristallisée sur des intervalles de temps de 7 à 10 ans. BALINSKY propose le modèle de la "néointégration" ou de la "dé-différenciation", conception d'une intelligence qualitativement différente dans la sénilité. Les auteurs estiment que jusqu'à 70 ans au moins, l'âge a moins d'importance que la génération, l'éducation, le statut socio-économique, la santé et la structure de la personnalité.

En 1985, J.RICHARD et coll. /329/, partant du même constat selon lequel vieillissement n'est pas synonyme de maladie et de déclin, publient un mémoire sur la psychologie et l'écologie sociale de l'âgé (ou de la dynamique de l'action gérontologique). Ces deux disciplines doivent selon eux contribuer effectivement à améliorer la qualité de la vie humaine et s'astreindre au choix et au respect d'un sens de la vie dont dépend la finalité de toute action poursuivie en faveur du sujet âgé. Elles visent ainsi l'adaptation, la pourvoyance et la participation de l'âgé à ce qui est fait pour lui.

J.RICHARD et P.DROZ /330/ avaient par ailleurs décrit en 1983 les bases de la psychomotricité, indispensable selon eux au diagnostic en psychiatrie gériatrique. Ce diagnostic est conçu dans le cadre d'une médecine "adaptative" qui se donne les objectifs thérapeutiques suivants :

- la valorisation et l'emploi des capacités restantes du patient âgé.
- la modification ou la réduction du besoin lié, avant la maladie, à l'usage de ces capacités.
- enfin, si cela est possible, la restitution des capacités perdues.
- Cette attitude n'excluant pas l'appréciation simultanée des moyens à mettre en oeuvre pour obtenir la guérison.

En 1987, les mêmes auteurs publient un article /331/ sur la responsabilité médicale en psychiatrie gériatrique. Entre le refus de prendre sérieusement en considération le soin de la personne âgée atteinte de maladie mentale et une tendance à l'activisme, le médecin doit trouver son propre chemin. Pour cela, il doit résoudre, selon les auteurs, un certain nombre de problèmes :

- celui des concepts créés et véhiculés sans raison: l'assimilation de la vieillesse et du vieillissement à la maladie et celle du vieillissement psychique à la démence, le maintien en discussion d'un problème du normal et du pathologique qui permet de confondre le psychologique et le normal et soutient l'existence d'un passage progressif d'un état normal (dit de sénescence) à un état pathologique (dit de sénilité), la notion du déclin avec l'âge, la réduction de la gérontologie à la constatation et à l'exploitation des phases et des facteurs qui interviennent dans les transformations de l'organisme avec le temps.
- celui de l'organisation des soins, où les notions de pluri-, inter- et transdisciplinarité apparaissent essentielles à l'élaboration et à la réalisation du projet thérapeutique organisé par le médecin.
- celui de la demande du patient âgé et de son entourage et, à travers elle, celle de la communauté: le discours médical et le discours profane s'affrontent souvent, le but étant d'atteindre un partage satisfaisant des responsabilités.

Comme on peut le voir au travers des Annales Médico-Psychologiques, les années 80 sont marquées par un approfondissement théorique très important en matière de psychogériatrie.

La "somatogériatrie" ne fait l'objet que d'un seul article trouvé dans la revue de presse de 1981. Il s'agit d'une étude sur la fréquence des signes de dysfonction mandibulaire chez les vieillards hospitalisés, par E.MAKILÄ /332/.

Dans le cadre des structures de soins destinées aux personnes âgées, on relève en 1981 une communication de N.SKURNIK /333/ lors de la séance du 23 Mars de la Société Médico-Psychologique. Il s'agit du compte-rendu d'un psychiatre à propos de son expérience de 3 ans dans un service de gériatrie en hôpital général. L'auteur livre ses commentaires sur :

- les modalités d'entrée: la quasi-totalité des patients provient d'"hôpitaux pour aigüs". Leur état est souvent grave à l'arrivée.
- les modes de sorties:
 - ✦ les décès sont nombreux, parfois prévisibles avant l'admission.
 - ✦ les retours à domicile deviennent plus difficiles à mesure que le délai d'hospitalisation augmente. Lorsque le sujet ne peut être pris en charge par un membre de la famille, il bénéficie d'une réadaptation au retour à domicile. Les difficultés peuvent provenir du patient lui-même qui craint ce retour loin de la structure sécurisante, du personnel qui maternelle le vieillard, des familles peu désireuses pour diverses raisons de voir sortir ce dernier.
 - ✦ les placements en maisons de retraite ou en hospices, concernant le quart des malades, et paraissant la solution la moins heureuse.
 - ✦ les transferts en aigüs, nécessaires pour assurer les examens, surveillances et actions thérapeutiques.
- le niveau socio-économique des patients rencontrés: pour la plupart d'entre eux, l'importance des problèmes sociaux justifie l'existence de services sociaux adéquats. Le niveau culturel, le type d'activités professionnelles exercées autrefois par ces patients doivent être pris en compte pour la réadaptation sociale et les activités d'animation.
- le type de pathologies où son intervention a été la plus demandée: il s'agit des états démentiels ou déficitaires dont l'étude diagnostique pluridisciplinaire, la prise en charge ergothérapeutique et institutionnelle sont encore insuffisantes et posent de nombreux problèmes, des

grands syndromes de dépendance qui peuvent parfois s'améliorer grâce à des techniques physiques de réadaptation et à une attitude relationnelle adaptée, des agonisants et des sujets atteints d'invalidité sociale.

Toujours en 1981, dans la revue de presse, M.M.BOURRAT et coll. /334/ relatent une expérience de 2 ans concernant un hôpital de jour pour personnes âgées en milieu rural. Cet hôpital, ouvert à toute la pathologie mentale avec une prise en charge globale (somatique, psychique et sociale) s'intègre dans un ensemble de structures de soins pour personnes âgées (unité de géro-psycho-psychiatrie, soins à domicile...). Les auteurs ont pu constater qu'il a permis d'éviter ou de raccourcir des hospitalisations en milieu spécialisé, de maintenir ou de réinsérer des personnes âgées dans leur environnement, et de réaliser une économie financière non négligeable.

Dans la revue de presse de 1982, M. CHAUMARD /335/ souligne le poids des motifs économiques dans le développement des hôpitaux de jour dont certains présentent des orientations particulières comme la réadaptation, les psychothérapies individuelles, la thérapie communautaire, ou des spécialités telles que toxicomanies et éthyliques, psychogériatrie, épilepsie. L'admission à l'hôpital de jour nécessite le contrôle de l'agressivité, du risque d'autolyse et du délire. Les techniques biologiques sont donc indispensables. Le développement des relations patient-famille-thérapeute est le fait le plus spécifique concernant ce type de structure.

En 1983, lors de la séance du 28 Février de la Société Médico-Psychologique, M.GAYDA et coll. /336/ présentent les Cantou, communautés de vie pour personnes âgées atteintes de détérioration mentale. Ce sont des lieux de vie dont la taille réduite et le type d'animation axé sur des activités répondant aux besoins essentiels des individus favorisent le maintien ou la récupération de certaines activités sociales et psychiques.

Dans le même esprit, A.MAITRE et coll. /337/ présentent en 1986 une alternative à l'hospitalisation des vieillards déments: le domicile collectif. Rappelant le caractère nocif de l'hospitalisation des déments séniles, hospitalisation qui survient fréquemment à la suite d'une crise entre la personne âgée et son entourage familial, le caractère intéressant mais non suffisant des soins à domicile, les auteurs ont imaginé la création d'une autre structure, le domicile collectif. Son but est de fournir un lieu de vie adapté, sans danger, un soutien médico-

psychologique et un projet personnalisé, intégré dans une vie collective interne et ouvert sur l'extérieur, pour un coût équivalent à celui des autres institutions.

Dans la revue de presse de 1985, J.L. SOUCHAUD et coll. /338/ livrent leur façon d'envisager la prise en charge des personnes âgées dans le cinquième secteur de la Haute-Vienne. Pour passer d'un service hospitalier de type asilaire à un véritable lieu de soins psychiatriques, les auteurs soulignent la nécessité d'une approche centrée sur la famille voire le milieu naturel. Ceci implique une présence psychiatrique en amont dans le cadre de l'Hopital Général et en aval dans les différentes institutions pour personnes âgées. L'intérêt des familles dans la prise en charge de l'âgé est confirmé en 1987 par E.R. LOMBARTIE et coll. /339/ dans la revue de presse.

En 1988, Ch. BERGES et coll. /340/ abordent le problème de la protection des biens des personnes âgées hospitalisées. La loi du 3 Janvier 1968 définissant l'incapacité majeure se propose de protéger "soit à l'occasion d'un acte particulier, soit d'une manière continue le majeur qu'une altération de ses facultés personnelles met dans l'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts, ou qui par sa prodigalité, son intempérance ou son oisiveté, s'expose à tomber dans le besoin ou compromet l'exécution de ses obligations familiales". Cette loi souple s'adaptant aux conditions modernes de soins, nécessite de la part du médecin une appréciation fine de la pathologie et du contexte familial dans lequel évolue le sujet âgé. Elle impose ainsi au médecin un rôle essentiel mais complexe au carrefour du médical, du social et du médico-légal.

Dans le domaine des examens complémentaires, la revue de presse fournit quelques références concernant l'électroencéphalographie.

En 1983, H.SOININEN et coll. /341/ décrivent les particularités de l'électroencéphalogramme et du scanner dans l'examen des déments séniles. Les troubles des fréquences de l'électroencéphalogramme sont plus marqués dans la démence sénile type ALZHEIMER qu'au cours du vieillissement normal. Les différences concernent la diffusion des troubles, la dominance du rythme occipital, l'accentuation des ondes thêta et delta, les fluctuations de la vigilance, l'activité paroxystique, le ralentissement du rythme occipital. Le scanner montre, dans la maladie d'ALZHEIMER, une dilatation ventriculaire corrélée à la sévérité de la démence, et une atrophie corticale. Il y aurait une meilleure corrélation entre l'électroencéphalogramme et la gravité de la démence au stade initial, tandis que la corrélation serait meilleure entre le scanner et la déchéance intellectuelle aux

stades avancés. Les auteurs soulignent l'importance de la clinique et la fréquence des pseudo-démences d'origine métabolique, infectieuse ou psychiatrique.

En 1984, F.A.DE FACO et coll. /342/ décrivent un tracé électroencéphalographique rare chez les vieillards: les décharges électroencéphalographiques rythmiques infracliniques des adultes. Il s'agit d'un tracé particulier dont les caractéristiques sont nettement différentes des autres décharges paroxystiques et ne sont pas en rapport avec un phénomène épileptique spécifique, d'où l'importance de connaître ce type de tracé pour éviter tout diagnostic abusif.

En ce qui concerne la biologie, on note dans la revue de presse de 1983 un article de C.G.GOTTFRIES /343/ sur le métabolisme de quelques neurotransmetteurs dans la sénilité et les démences. La même année, au cours de la séance du 28 Novembre de la Société Médico-Psychologique, Ph.GAILLARD /344/ et coll. communiquent leur étude sur le test à la dexaméthasone dans les états dépressifs du sujet âgé. Pour les auteurs, ce test semble apporter une aide au diagnostic positif lorsque la séméiologie de ces états dépressifs est à forme déficitaire. Ces "pseudo-démences dépressives" se rapprochent quant aux résultats du test à la dexaméthasone (sensibilité et taux sériques élevés) des mélancolies délirantes.

Dans le domaine de la thérapeutique, les vasodilatateurs cérébraux sont couramment prescrits chez les déments séniles. Une étude de J.A.YESAVAGE et coll. /345/ en 1981 sur le traitement pharmacologique de la démence sénile en Europe et aux Etats-Unis confirme l'efficacité de ce type de produits, et particulièrement ceux à action mixte vasodilatatrice et métabolique (Dihydroergotoxine Mesylate: HYDERGINE, Naftidrofuryl: PRAXILENE...). L'augmentation du débit sanguin cérébral et l'action sur le métabolisme intermédiaire neuronal (glycolytique) permettraient, selon les auteurs, d'améliorer la condition de ces patients.

Toujours en 1981 et dans le cadre des démences de la vieillesse, P.BORENSTEIN et coll. /346/ affirment, lors de la séance du 23 Février de la Société Médico-Psychologique, l'intérêt de la bromocriptine dans ces démences séniles dégénératives, vasculaires ou mixtes. Les résultats cliniques de leur étude ont montré une amélioration portant sur la motricité, l'opérativité et la mémoire d'une part, sur la sphère comportementale et affective d'autre part. Les résultats encéphalographiques ont montré dans 2/3 à 3/4 des cas la réapparition d'un rythme alpha, une amélioration de la réaction d'arrêt et la diminution des rythmes

lents de la bande delta. La confrontation des résultats cliniques et électroencéphalographiques montre, selon les auteurs, une remarquable concordance.

Au début des années 80, l'apparition du tiapride, molécule originale du type ortopramide ou benzamide substituée, suscite l'intérêt de plusieurs auteurs. Lors de la séance du 22 Novembre 1982 de la Société Médico-Psychologique, J.A.COSTA E SILVA /347/ communique les résultats de son étude sur les indications du tiapride en géronto-psychiatrie. Pour lui, l'action sur l'agitation, l'anxiété, l'irritabilité, l'agressivité, les troubles du sommeil de symptomatologies psychiatriques multiples est indéniable et intéressante chez les patients âgés du fait de la bonne tolérance clinique et biologique.

En 1984, lors de la séance du 16 Avril de la Société Médico-Psychologique, J.M.LEGER et coll. /348/ exposent leur étude de la relation existant entre anxiété, anxiolyse et capacités d'attention et de mémoire. Cette étude est basée sur les performances mnésiques de 40 sujets de plus de 60 ans auxquels on a prescrit en double aveugle du lorazépam ou du tiapride pendant 10 jours. Les résultats montrent l'existence, pour les deux produits, d'une activité sur l'attention et la mémoire dans le sens d'une altération pour le lorazépam et d'une amélioration pour le tiapride.

A propos des anti-dépresseurs, on relève une seule référence tirée de la première rencontre franco-canadienne de psychiatrie en 1985. N.MOAMAÏ /349/ y traite du choix des antidépresseurs en psychogériatrie. Il souligne l'importance de la prise en compte de la toxicité cardiaque et des effets anticholinergiques, la nécessité d'informer le patient du délai d'action. Il recommande d'éviter l'arrêt brutal d'un antidépresseur et cite quelques produits bien tolérés. Concernant le lithium, il rappelle que chez le sujet âgé, les effets secondaires apparaissent pour des taux sériques plus bas que chez l'adulte jeune. Les signes de toxicité sont des syndromes cérébraux organiques et l'irritabilité neuro-musculaire. Le lithium peut entraîner une hyperthyroïdie. L'auteur préconise la forme à libération prolongée. Enfin, il pense que l'électrochoc est surtout indiqué en cas de risque suicidaire.

Dans la revue de presse de 1987, L. MASQUIN /350/ confirme les précautions et la surveillance nécessaires lors de la prescription de lithium chez les personnes âgées.

Parmi les autres thérapies, la psychothérapie fournit l'essentiel des références en ces années 80. Il s'agit essentiellement de la communication de TOKSOZ.B.KARASU et M.L.BOURGEOIS /351/ lors de la séance du 28 Avril 1980

de la Société Médico-Psychologique. Cette communication, traitant de la psychothérapie chez le vieillard, comporte:

- un rappel psychopathologique: la vieillesse, âge des pertes et du deuil répétitif, se caractérise aussi par le déclin de certaines capacités d'adaptation, par une régression et une profonde faille narcissique. L'altération de la mémoire récente qui peut, dans une perspective psychodynamique, être rapportée au désir de retrouver des périodes de plus grande sécurité et de plus grandes ressources, la rigidité cognitive et émotionnelle de cette phase du cycle existentiel contribuent à générer des syndromes psychiatriques spécifiques tels que l'anxiété, l'hypocondrie, la dépression, les troubles du sommeil, les troubles des conduites alimentaires et excrétoires, la pseudo-démence régressive et dépressive. Mais les aspects négatifs, le concept de déchéance, de déficit, ne sont pas inéluctables et le changement imposé par la vieillesse à l'individu peut produire un développement psychologique constructif et utile.
- Une étude des principes de la gérontopsychothérapie : il ne s'agit pas, comme pour le sujet jeune de permettre l'adaptation à un milieu, mais de retrouver un sentiment de complétude, de dignité personnelle, une bonne estime de soi, une maîtrise de son existence et des gratifications affectives. On distingue deux grands types de psychothérapie : la psychothérapie dynamique de soutien, qui s'adresse essentiellement aux vieillards très détériorés, et la psychothérapie d'exploration psychanalytique.
- Un rappel de quelques principes communs et de quelques impératifs:
 - ◊ la compréhension empathique du sujet
 - ◊ une participation accrue du thérapeute
- Une limitation et une spécification des buts recherchés: plutôt que de viser une réorganisation complète de la personnalité, une adaptation à un changement essentiel, l'acceptation d'une dépendance accrue, la possibilité de parler de soi et de ses problèmes, de formuler des solutions, une atténuation des sentiments d'insécurité, un accroissement de la curiosité intellectuelle et de l'estime de soi, l'utilisation des ressources offertes par la collectivité.
- Un don réel et symbolique dans la relation thérapeutique.

- Une conscience accrue des phénomènes tranférentiels et contretransférentiels.

Dans la revue de presse de 1981, G.D. COHEN /352/ rappelle le pessimisme des psychothérapeutes freudiens à l'égard de la gérontopsychiatrie en raison du manque d'élasticité des processus mentaux, de la masse importante de matériel à traiter. Il affirme cependant l'intérêt et l'avenir prometteur de cette thérapie chez le vieillard, tout comme les auteurs précédents.

En 1988, le compte-rendu du 3ème congrès de l'Association Internationale de gérontologie psychanalytique /353/ souligne l'intérêt des psychothérapies chez la personne âgée, présentant une symptomatologie non seulement anxieuse, dépressive ou délirante mais aussi démentielle. Dans ce dernier cas, la psychothérapie permet de "désenclaver la personne âgée atteinte de sénilité de cette situation démentielle", qu'on peut appréhender comme une fuite face au vieillissement, une défense contre la peur, contre la mort, la peur de la mort.

Notons également l'article de J. RICHARD et coll. /354/ traitant en 1982 de l'agrypnie dans la mélancolie de l'âge avancé. La privation de sommeil, très bien tolérée par le mélancolique âgé, apporte une amélioration de l'humeur qui paraît optimale pour une fréquence d'une fois par semaine. La présence des mêmes patients pendant la durée de la cure, la programmation des activités avec les patients pendant la séance même d'agrypnie et l'expérience psychothérapique du ou des soignants font apparaître " un effet de groupe". Il semble probable, selon les auteurs, que l'agrypnie non seulement accroît les résultats obtenus avec les thymoleptiques, mais les rend manifestes quand ils ne sont pas évidents cliniquement. Les résultats sont en partie liés à l'investissement accordé à l'agrypnie.

Au début des années 90, on constate le même effort de développement des connaissances théoriques qu'au cours de la décennie précédente. Le cas des démences de type ALZHEIMER en est une bonne illustration. Au cours des séances du 25 et 26 Octobre 1991 de la Société Médico-Psychologique, Y.LAMOUR /355/ commente le rôle central de la protéine bêta amyloïde dans la physiopathologie des démences. Cette protéine, présente dans les plaques séniles, formerait des dépôts en raison d'anomalies du métabolisme de son précurseur. Des anomalies génétiques (mutations ponctuelles sur le gène du précurseur) ont été décrites dans des formes familiales de la maladie. Mais ces mutations ne peuvent expliquer l'ensemble des cas. La maladie aurait donc des causes diverses et probablement

une origine multifactorielle, avec des facteurs environnementaux restant à identifier.

Au cours de la séance du 17 Mai 1993, L.LETENNEUR et coll. /356/ signalent l'intérêt de l'étude des activités instrumentales de la vie quotidienne, entre autres tests psychométriques, pour le dépistage précoce des sujets à haut risque de développer une démence. Appliqué dans le cadre de l'enquête épidémiologique sur le vieillissement cérébral du programme de recherche bordelais PAQUID, ce test a donc paru très intéressant aux auteurs pour lesquels le score initial aux activités instrumentales de la vie quotidienne est fortement prédicteur du développement à 1 an d'une démence.

Toujours en 1993, F.THIBAUT et coll. /357/ traitent du diagnostic différentiel entre dépression et démence, toutes deux fréquentes chez le sujet âgé. Les difficultés diagnostiques sont liées à la fréquence et à l'importance des troubles cognitifs qui peuvent être associés à la dépression du sujet âgé. En faveur de cette dernière, on notera l'importance de critères cliniques tels que l'existence d'antécédents psychiatriques, la relative brutalité d'apparition des troubles cognitifs et leur aggravation rapide. Les examens complémentaires comme les tests psychométriques, les examens radiologiques et électrophysiologiques apportent peu d'éléments diagnostiques compte tenu de leur manque de spécificité. Dans un certain nombre de cas, l'évolution favorable des troubles cognitifs sous traitement antidépresseur dit "d'épreuve" reste un argument fondamental en faveur d'une pathologie dépressive.

La revue de presse fournit 2 références concernant les troubles uni- et bipolaires chez les personnes âgées.

En 1992, J.SNOWDON /358/ pose le problème des manies secondaires ou symptomatiques. Le lien entre des affections très diverses, surtout encéphaliques, et un premier accès maniaque est évoqué. Il s'agit d'agressions traumatiques, ischémiques, anoxiques plus ou moins anciennes, de neurosyphilis, de leucotomie préfrontale, de démence qualifiée d'alcoolique et présénile... Les phases de manie tardive sont rares, contrairement aux états dépressifs. Il est souvent difficile d'affirmer le caractère incontestable d'une psychose maniaco-dépressive chez les sujets âgés.

En 1993, R.C.YOUNG et G.L.KLERMAN /359/ observent une part génétique moindre dans la manie de l'âge avancé. Tout comme l'auteur précédent, ils relèvent une fréquence accrue de troubles d'ordre médical, et peut-être cérébral,

de prises médicamenteuses ou d'abus de drogues. Ce sont les manies "secondaires", bien différentes de la psychose maniaco-dépressive.

A propos du suicide, on relève dans la revue de presse de 1992 un article de M.H.PICHOT et coll. /360/ sur les intoxications aiguës volontaires des personnes âgées. Elles sont généralement mono-médicamenteuses et concernent en premier lieu les benzodiazépines, puis les carbamates et les barbituriques. Les auteurs insistent sur la fréquence et la gravité des complications, sur le taux important de mortalité. La dépendance à l'alcool et aux drogues est évoquée dans cette même revue de presse par N.S.MILLER et coll. /361/ Les benzodiazépines sont à nouveau citées, souvent associées à l'alcool. Les conséquences légales de ces conduites sont rares chez les gens âgés étant donné leur isolement social. Par contre, la survenue de manifestations psychiatriques, souvent atypiques, anxieuses, dépressives, confusionnelles ou démentielles doit faire rechercher une exogénose. Les auteurs estiment qu'on éviterait ainsi de fausses orientations diagnostiques et des traitements inefficaces et coûteux.

Parmi les autres psychopathies, les délires d'apparition tardive chez l'âgé font l'objet d'une communication de J.M.LEGER et J.P.CLEMENT /362/ au cours de la séance du 25 Mai 1991 de la Société Médico-Psychologique. Les différents délires rencontrés à l'âge avancé sont décrits par les auteurs :

- délire dans un contexte d'état confusionnel, lié à une ou plusieurs causes organiques, à une crise existentielle ou constituant l'amorce d'un délire plus durable.
- délire dans un tableau de mélancolie tardive, considéré comme un épiphénomène de psychose tardive, psychose maniaco-dépressive ou schizophrénie tardive.
- manie délirante, exceptionnelle chez le sujet âgé.
- délire chronique d'apparition tardive, forme discrète découlant de la période adulte, révélée par un événement extérieur ou forme antérieurement bien tolérée par l'entourage.
- exacerbation de certains traits de caractère antérieurs (délire de récrimination où le caractère menaçant du monde environnant joue un rôle important).
- délire d'apparition tardive proprement dit, favorisé par les désafférentations sensorielles, correspondant à une façon personnelle d'organiser le monde dans lequel le sujet vit pour donner une certaine

cohérence entre son affectivité et ce qu'il perçoit du monde environnant. Ce type de délire, contribuant au rétablissement de l'équilibre libidinal, peut aussi servir à remplir un vide lié à l'isolement ou à rendre un sens à l'existence. Les auteurs citent DIAS CORDEIRO qui, en soulignant l'importance du deuil que l'âgé doit faire de sa propre image, propose le terme de "psychose narcissique réactive".

- idées délirantes observées au début d'un affaiblissement intellectuel.
- délire au cours de l'évolution démentielle.

En conclusion, face à l'hétérogénéité de la présentation clinique, les auteurs insistent sur la nécessité d'appréhender la fonctionnalité du délire comme une réaction à la situation bio-psycho-sociale du sujet âgé. La thérapeutique tient compte des éléments inducteurs sur lesquels on peut parfois avoir une action (problèmes sensoriels, éléments sociaux, dépression). La valeur adaptative du délire doit également être prise en compte avant d'envisager des actions chimiothérapeutiques ou psychothérapeutiques.

En 1992, D.LEGER et J.M.LEGER /363/ publient un volumineux mémoire sur l'influence du vieillissement sur les schizophrénies. Ils distinguent trois groupes de variables :

- celles qui sont indépendantes à la fois de la durée de la maladie et du vieillissement: statut matrimonial, modalités cliniques évolutives (oscillante ou continue).
- celles dont les modifications, commencées au cours de l'évolution de la maladie, ont continué à la vieillesse: statut résidentiel qui voit se réduire l'importance du soutien familial au profit des modalités d'hébergement gériatrique, statut clinique qui comporte une augmentation en fréquence des schizophrénies résiduelles et une baisse parallèle de l'intensité de la symptomatologie psychotique. Cette baisse n'est pas homogène et intéresse le "signifiant de la folie" (excitation, tension, agitation) en respectant les signifiés fondamentaux (maniérisme, troubles du cours et du contenu de la pensée, émoussement affectif). Ces modifications ont tendance à pondérer le statut de malade mental.
- celles dont les modifications sont uniquement imputables au vieillissement: variables hospitalières (diminution de la fréquence des

hospitalisations, motifs sociaux prédominants), variables thérapeutiques (stabilité de prescription plus grande).

Les auteurs concluent en remarquant que la vieillesse influe sur la perception normative du schizophrène par la société. Le statut de malade mental est remplacé par celui de personne âgée. Le schizophrène vieillissant semble mieux répondre, d'un point de vue normatif, au stéréotype en cours pour le vieillard.

En 1993, au cours de la séance du 22 Février de la Société Médico-Psychologique, B.CASTRO /364/ décrit la paranoïa de l'âgé. Symptôme fréquent et non spécifique en géronto-psychiatrie, elle constitue souvent pour le vieillard un mode de réaction par rapport à la prise de conscience d'un déficit ou à la perte d'un rôle social. Le schéma comportemental paranoïaque peut donc être considéré comme une défense contre des sentiments d'infériorité et d'humiliation. Il constitue souvent une entrave au maintien de l'autonomie et à l'accès aux soins. L'auteur préconise une conduite thérapeutique centrée sur la réassurance et visant à éviter à la personne âgée une prise de conscience brutale et humiliante de son déficit. On lutte ainsi contre les attitudes d'isolement hostile et la rupture de contact avec l'entourage relationnel.

Dans la revue de presse de 1994, J.LINDESAY /365/ rappelle que les troubles phobiques chez les personnes âgées sont plus fréquents qu'on ne l'admet habituellement. Il s'agit essentiellement de diverses formes d'agoraphobie, le plus souvent sans panique, principalement la peur des transports en commun, des foules et des lieux élevés. Le retentissement social est modéré à sévère. Parmi les phobies simples ou spécifiques, moins fréquentes, celles d'animaux, d'insectes, prévalent. Leur retentissement social est en général faible. Les phobies sociales proprement dites semblent rares, jamais dominantes. La quasi-généralité des patients présente une anxiété avec manifestations neuro-végétatives lors de l'exposition et des conduites d'évitement. Le taux de troubles associés est important: anxiété généralisée et dépression surtout, mais également état paranoïaque, réactions non spécifiques à des évènements contraires. Le rôle déclenchant d'épisodes pathologiques somatiques (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, perte soudaine de la vision...) ou de traumatismes au sens large (chute, fracture, blocage dans un ascenseur...) paraît indiscutable. L'auteur retrouve une association significative entre les manifestations phobiques et une perte parentale précoce, surtout paternelle, par décès ou séparation. Il remarque l'intérêt d'une attitude préventive chez les malades médicaux et chirurgicaux à

risque, l'indication d'une thérapie adaptée, en particulier comportementale, et l'importance d'un soutien socio-familial.

En gériatrie, on relève trois références tirées de la revue de presse. Deux d'entre elles concernent le syndrome de CHARLES BONNET.

En 1993, M.P.RIETSCH et coll. /366/ rappellent les caractéristiques de ce syndrome: survenue d'hallucinations visuelles chez des sujets âgés malvoyants, indemnes de troubles neurologiques et psychiatriques. L'étiopathogénie est discutée: déprivation sensorielle, baisse de la vigilance, association d'une pathologie oculaire périphérique et d'une détérioration mentale. Les épreuves fonctionnelles et l'imagerie cérébrale sont normales. Sur le plan du diagnostic différentiel, il faut rechercher une épilepsie, une lésion ischémique ou tumorale pariéto-temporo-occipitale, une atteinte pédonculaire, des toxiques (alcool), et une psychose chronique. On peut observer une amélioration après traitement ophtalmologique, ou une évolution vers la cécité. Les neuroleptiques sont inefficaces.

En 1994, V.DE LEON et A.OVIDIO /367/ présentent une observation de syndrome de CHARLES BONNET. Ils évoquent les diverses thèses à propos de ce syndrome: thèse psychologique selon laquelle il s'agirait de l'actualisation de fantasmes stockés dans la mémoire, hypothèse d'un mécanisme intra-oculaire élaborant des visions géométriques simples provenant des structures internes de l'oeil, libération par les centres corticaux de traces perpétuelles généralement inhibées, thèse de la désafférentation sensorielle selon laquelle la baisse de la vision ou de l'audition stimule les mécanismes de la perception qui remplissent le vide causé par des stimulations incomplètes, délire "infra-clinique". La carbamazépine pourrait être efficace.

En 1994, M.S.DENNIS et coll. /368/ décrivent le lupus érythémateux disséminé à forme neuro-psychiatrique chez des personnes âgées. Les troubles consistent essentiellement en un syndrome confusionnel subaigü, un affaiblissement intellectuel, un état dépressif. Ils seraient associés au lupus dans approximativement un quart des cas.

A mi-chemin entre gériatrie et gérontologie, on remarque en 1990 un article de A.OLIVENNES /369/ concernant les aléas du vieillissement pathologique dans le nouveau contexte démographique. Pour l'auteur, le vieillissement normal, et a fortiori pathologique, pose un problème inédit: celui de la précarité. Les risques encourus par les personnes âgées sont multiples. Ce sont les traumatismes, l'isolement, les maladies iatrogènes, l'inadaptation au "progrès". La forte

augmentation de la population âgée entraîne un désengagement de la Sécurité Sociale, un financement déséquilibré des retraites, une augmentation des coûts des assurances, ce qui accroît la précarité. L'auteur préconise un réel effort de prévention visant à préserver et à améliorer les capacités d'auto-conservation des personnes âgées, avec une assistance psychiatrique si nécessaire. C'est la notion de "savoir vieillir", dont l'importance est admise par tous.

Dans le domaine de la gérontologie, on dénombre trois articles tirés de la revue de presse.

En 1992, G.FEIN et coll. /370/ publient leurs observations de sujets âgés présentant des lésions persistantes de la substance blanche avec un fonctionnement cognitif conservé. Il n'y aurait donc pas d'association directe entre les lésions observées et des manifestations centrales. Les auteurs restent toutefois prudents en raison de la complexité des fibres composant la substance blanche.

La même année, P.M.GUIMARAES /371/ traite du vieillissement de la peau et de ses conséquences. On retiendra l'évocation des rapports entre involution cutanée et altérations psychiques. Les premières rides, l'alopecie plus ou moins précoce peuvent susciter beaucoup de préoccupations et, parfois, faire décompenser des états névrotiques bien contenus jusqu'alors. Inversement, des problèmes psychologiques de la vieillesse peuvent produire des lésions cutanées: excessive préoccupation de propreté, bains abusifs, lésions pathomimiques, état émotionnel marqué sur le visage dans le cas de névroses d'angoisse ou dans les autres états de rumination.

En 1994, C.E.GIURGEA et M.BRONCHART /372/ publient un article sur le vieillissement cérébral normal et réussi. Ils qualifient ce dernier de défi du XXIe siècle. Selon les auteurs, les changements dans les performances intellectuelles observés chez les personnes âgées sont aussi liés aux divers facteurs non cognitifs suivants :

- appartenance à une tranche de population souvent déclarée inutile, incompétente et déficitaire.
- infantilisation sociale.
- sentiment d'inutilité, manque d'espoir.
- statut marital.
- notion d'état dépressif et/ou anxieux.
- pathologie chronique.

On peut donc, malgré l'inexorabilité du vieillissement chronologique, conserver un certain taux de plasticité cérébrale. Celle-ci doit être facilitée par l'emploi de nootropes, d'anti-dépresseurs et d'anxiolytiques si besoin est, par des techniques telles que la relaxation, le réentraînement des capacités de mémoire, ou par des modifications de l'environnement. Ainsi, au delà du vieillissement "normal" peut se réaliser un vieillissement "réussi". Les auteurs rappellent par ailleurs les perspectives d'amélioration de la psychopharmacologie en gériatrie.

Dans le cadre des structures d'accueil réservées aux personnes âgées, on relève deux articles concernant la prise en charge des déments séniles.

En 1991, J.GIRARD et Cl.GIRARD /373/ abordent le problème des déments séniles à un stade avancé, pour lesquels on constate une inadéquation des structures.

En 1992, D.WAMBERGUE et coll. /374/ insistent sur la nécessité d'unités de géronto-psychiatrie où un personnel qualifié, une approche multi-directionnelle du vieillard dément lui permettront d'utiliser de façon optimale ses dernières ressources. C'est le point de départ d'un projet de vie tenant compte de l'espérance de vie, et non un lieu pathogène, comme en psychiatrie générale, où les personnes âgées démentes sont mal acceptées, le personnel soignant souvent démotivé et l'abord relationnel négligé en raison d'autres exigences dûes à la grande diversité des patients.

Sur un plan plus général, on relève, dans la revue de presse de 1990, un article de J.L.SOUCHAUD et coll. /375/ à propos de la création et de la première année de fonctionnement d'un hôpital de jour psychogériatrique à Limoges. Cette structure est originale par sa petite taille, son approche familiale et ses soins centrés sur la renarcissisation plutôt que la rééducation.

En 1992, Ph.LEHEMBRE et P.GRAUX /376/ développent la notion primordiale d'un personnel chaleureux et réconfortant auprès des personnes très âgées placées en psychiatrie. Au delà de 80 ans, le risque de syndrome de glissement réactionnel à un traumatisme psychique ou à une affection somatique, à une intervention, est très important. L'apparition d'une déshydratation, d'une dénutrition, d'un syndrome confusionnel, d'un désintérêt doit entraîner la mise en route du traitement adéquat. La nécessité d'une stimulation externe, verbale ou autre, de relations de sympathie et d'amitié est soulignée par les auteurs, à plus forte raison lorsqu'il existe une pathologie vasculaire cérébrale associée.

Au cours de la séance du 24 Janvier 1994 de la Société Médico-Psychologique, J.M.BURTIN et coll. /377/ livrent les résultats d'une enquête

effectuée auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées de la Côte d'Or et portant sur la relation entre dépendance globale et mode d'hébergement. Cette enquête conclue à la prédominance de la grande dépendance chez les personnes âgées hospitalisées dans les centres de long séjour et hôpitaux locaux, à la dépendance moyenne de la majorité des pensionnaires occupant un lit de section de cure médicale, et à la faible, voire à l'absence de dépendance de la majorité des pensionnaires d'établissements sociaux non médicalisés. Elle confirme donc une relativement bonne adéquation entre les services offerts par les différentes structures d'hébergement plus ou moins médicalisées, et les besoins liés au poids de la dépendance globale.

Concernant les examens complémentaires et la thérapeutique, seule la revue de presse fournit quelques références.

En 1991, C.F.REYNOLDS et coll. /378/ décrivent la privation de sommeil à mouvements oculaires rapides comme moyen d'investigation chez les sujets âgés. Cette privation de sommeil paradoxal parait entraîner des réactions différentes chez les sujets sains, dépressifs et déments séniles. D. LIOTARD /379/ évoque l'approche graphique dans le bilan psychomoteur, très important en gériatrie.

En 1992, R. BERNADET et coll. /380/ communiquent leur expérience des électrochocs appliqués au 3^{ème} âge, avec de meilleurs résultats pour les dépressions unipolaires et bipolaires. Les auteurs estiment que la sismothérapie peut aussi servir d'outil diagnostique pour différencier pseudo-démences et démence organiques. C'est une méthode de deuxième intention en cas d'échec des anti-dépresseurs et d'inefficacité des chimiothérapies. Ph. KRAUS /381/ traite lui aussi, dans sa thèse, de l'électroconvulsivothérapie chez le sujet âgé déprimé. Après en avoir rappelé le principe et la technique, les contre-indications, les complications, les mécanismes d'action, l'auteur en précise les indications : états dépressifs caractérisés par l'importance des conduites suicidaires, les manifestations délirantes, l'hypocondrie, l'altération cognitive, les complications du glissement. Les indications absolues sont les états dépressifs majeurs résistants ou avec contre-indications aux anti-dépresseurs. Les indications préférentielles sont les mélancolies délirantes, stuporeuses, agitées ou anxieuses, très suicidaires, avec état somatique précaire, les formes pseudo-démentielles. Les indications occasionnelles sont les dépressions symptomatiques, iatrogènes, névrotiques et réactionnelles.

V. ANALYSE STATISTIQUE.

V. - ANALYSE STATISTIQUE

Il nous a paru intéressant, après l'analyse chronologique, d'aborder d'un point de vue statistique les articles traitant du sujet âgé dans les Annales Médico-Psychologiques. Pour cela, nous avons séparé les mémoires originaux et les communications de la Société Médico-Psychologique, spécifiques de la publication, et la revue de presse incluant les analyses de journaux, livres, thèses, comptes-rendus de sociétés, réunions et congrès.

A. - Les mémoires originaux et communications de la Société Médico-Psychologique.

Compte tenu de leur rapport direct avec les Annales Médico-Psychologiques, ils ont été analysés en priorité.

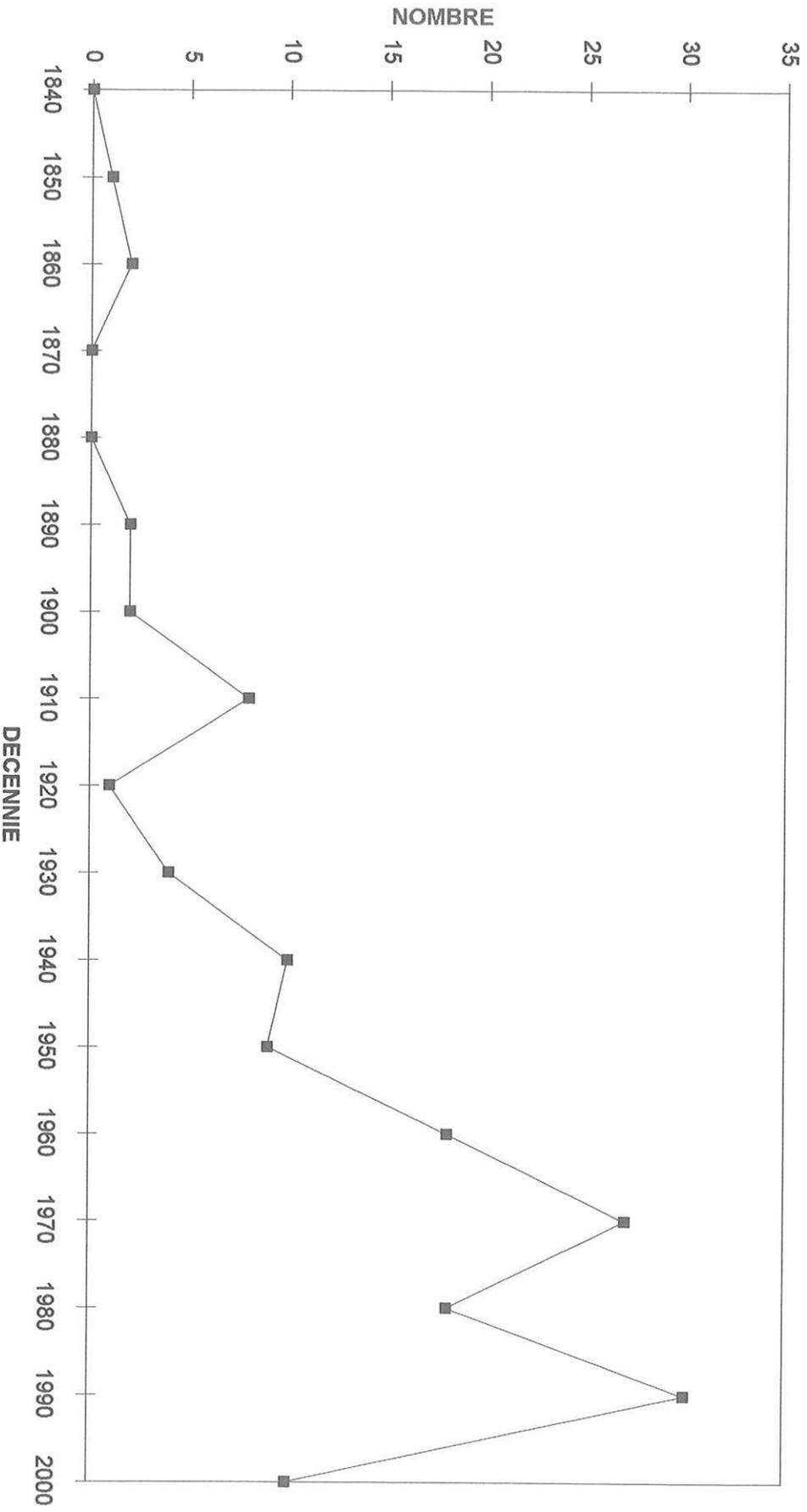
La courbe évaluant le nombre d'articles parus par décennie (planche 1) est tout à fait significative de l'évolution de l'intérêt porté aux personnes âgées. Jusqu'en 1930, peu d'articles paraissent à ce sujet (moins de 5 par décennie), sauf pour la période 1900 à 1910 où l'on observe un petit pic correspondant essentiellement à des articles concernant la paralysie générale sénile. Puis l'intérêt croît progressivement jusqu'en 1950, point de départ d'une nette ascension. La prise de conscience de la nécessité d'une politique de la vieillesse, la mise en place progressive de celle-ci, la naissance concomitante de la psychogériatrie correspondent au pic culminant en 1970. Puis on assiste à une baisse du taux de parution jusqu'en 1980, suivie d'une réascension dans les années qui suivent. La partie descendante terminale de la courbe n'est pas significative puisqu'elle ne concerne que 4 années.

L'histogramme de répartition thématique portant sur la totalité des 142 références concernées (planche 2) montre l'émergence de 2 thèmes principaux: la démence sénile et les thérapeutiques. Puis viennent, par nombre d'occurrence décroissant, les articles concernant:

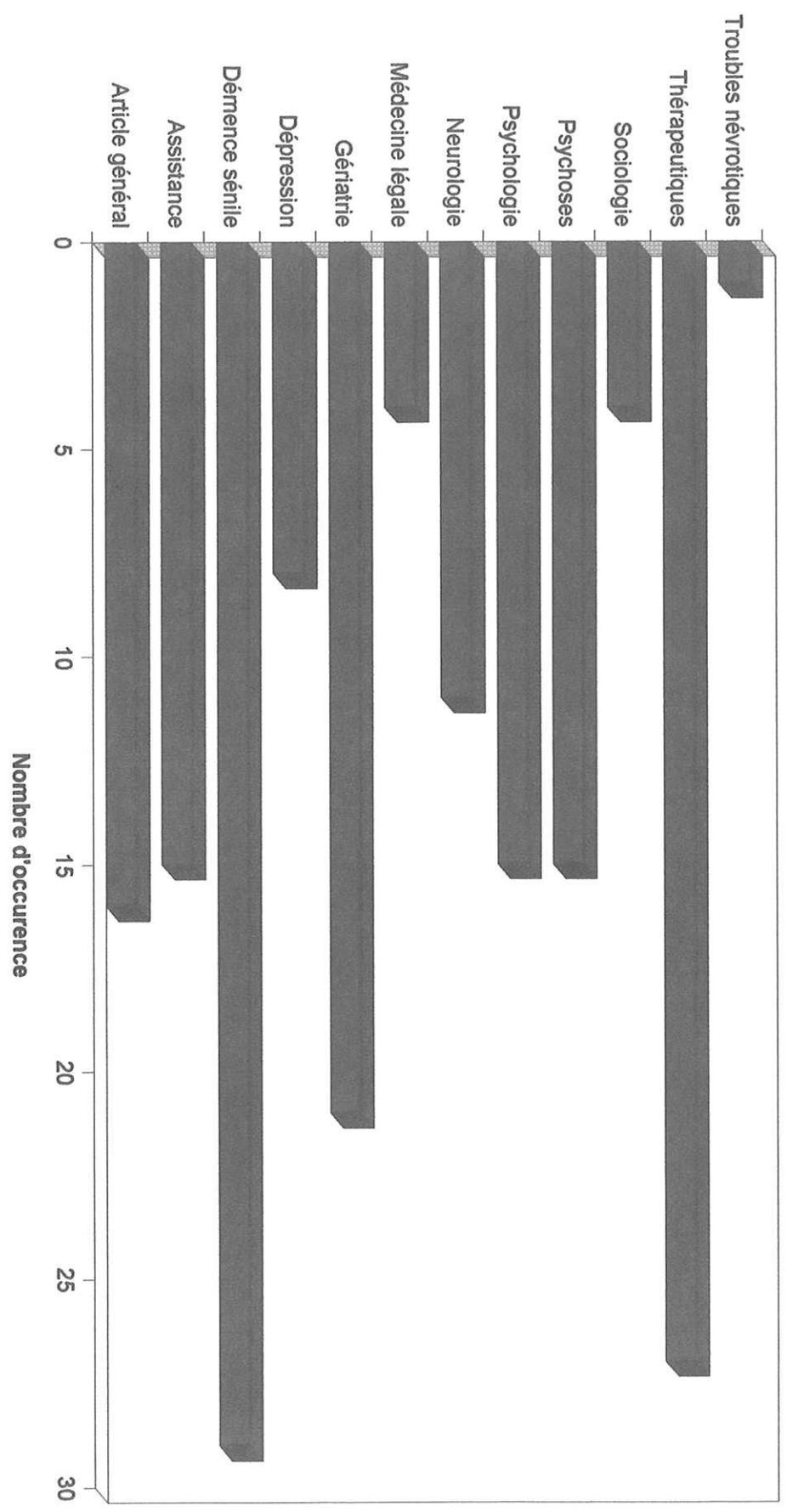
- la gériatrie.
- la psychiatrie générale.

PLANCHE 1

ARTICLES ORIGINAUX : NOMBRE D'ARTICLES PARUS PAR DECENNIE



REPARTITION THEMATIQUE SUR 142 ARTICLES



- les psychoses.
- la psychologie.
- l'assistance aux personnes âgées.
- la neurologie.
- la dépression.
- la sociologie.
- la médecine légale.
- les troubles névrotiques (peu représentés).

Pour approfondir l'analyse thématique, nous avons étudié les thèmes abordés de façon prépondérante au cours des différentes décennies (planche 3). Dans les années 1850, la publication de 2 volumineux mémoires /382,383/ concernant des cas médico-légaux constitue la seule émergence thématique. A partir de 1880, on remarque les travaux sur les psychoses séniles, contemporains pour la plupart du rapport de RITTI /15/ au congrès annuel des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française à Bordeaux en 1895. C'est le cas du mémoire de BALLETT et ARNAUD /16/, publié la même année, sur un cas de délire systématisé des grandeurs d'apparition tardive. C'est également le cas du mémoire de REGIS /17/ en 1896 sur les psychoses de la vieillesse et plus particulièrement sur un cas de délire raisonnant de persécution chez une femme âgée. Entre 1900 et 1910, ce sont les publications "neurogériatriques" qui constituent l'essentiel des thèmes abordés. En dehors de l'épilepsie sénile, traitée par MASOIN /26/ en 1902, c'est la paralysie générale sénile qui intéresse les auteurs: TOULOUSE et MARCHAND /28/ en 1903, MARCHAND /29/ la même année sur un cas de paralysie générale sénile associée à l'athéromasie cérébrale, DOUTREBENTE et MARCHAND /30/ toujours la même année, à propos de l'examen micrographique du système nerveux dans un cas de paralysie générale sénile. Les psychoses séniles, telles qu'elles ont été définies par RITTI, sont également abordées par SOUTZO /20/ en 1903, DENY et LANDRY en 1907 /22/, ROUGE /384/ en 1910. La démence sénile fait l'objet d'une référence /385/ en 1905. Entre 1914 et 1918, la réduction des publications liée aux événements historiques justifie à elle seule l'absence de thème majeur. Après la première guerre mondiale, le profil du tableau se modifie considérablement, et l'on voit apparaître les thèmes prépondérants au fil des décennies:

- de 1919 à 1929: la démence sénile occupe la première place. Ses rapports avec la maladie d'ALZHEIMER sont évoqués par NAYRAC et DUBRUILLE /31/ en 1925. La paralysie générale sénile est encore d'actualité. Elle fait l'objet d'une communication de MOURGUE /386/ en 1919. COURBON /33/ évoque dès 1923 l'apport possible de la psychologie pour le diagnostic des troubles mentaux des vieillards.
- de 1930 à 1939: la démence sénile est encore un pôle d'intérêt majeur. MARCHAND /39/ classe la maladie d'ALZHEIMER, la maladie de PICK et la démence sénile sans athérome dans le groupe des encéphaloses. L'étude de la circulation rétinienne chez les déments séniles /41/, l'existence possible et à rechercher d'une pathologie tumorale associée /37/ figurent également au nombre des articles se référant à la démence, essentiellement analysée sous l'angle anatomo-pathologique. Les thèmes neurologique, avec la paralysie générale, et psychologique, sont également représentés. L'incontinence mentale sénile, les remaniements affectifs de la vieillesse décrits respectivement en 1930 et 1936 par COURBON /36,52/, l'exagération lors du vieillissement d'un trait de caractère préexistant abordé par LAIGNEL-LAVASTINE et coll. /53/ en 1937 constituent une approche nouvelle du sujet âgé. Les psychoses séniles sont représentées par une communication de GUIRAUD et coll. /387/ en 1937, concernant une persécutée sénile.
- de 1940 à 1949: les thèmes précédemment cités sont tous représentés de manière équivalente. Au travers des 10 références publiées durant cette période, on voit par ailleurs poindre et se développer deux nouveaux thèmes: les thérapeutiques et l'assistance aux personnes âgées. Les références concernant cette dernière verront leur point culminant autour des années 50.
- de 1950 à 1959: les communications et mémoires originaux concernent une grande variété de thèmes parmi lesquels on retrouve l'assistance aux personnes âgées, véritable nécessité sociale de l'époque, et les thérapeutiques, préfigurant la nouvelle ère chimiothérapique de la décennie suivante. La paralysie générale sénile, bien répertoriée à cette époque, n'est plus un sujet d'étude pour les auteurs.
- de 1960 à 1969: sur les 27 références publiées au cours de cette décennie, 7 (soit environ le quart) se rapportent aux thérapeutiques

utilisées en psychogériatrie, qu'elles soient biologiques (antidépresseurs, neuroleptiques, vasodilatateurs cérébraux, traitements hormonaux) ou à visée rééducative. L'assistance aux personnes âgées se mettant progressivement en place à cette époque, on remarque également plusieurs références y faisant allusion. La démence sénile est toujours un thème majeur et, fait nouveau, son abord psychopathologique, lié à la reconnaissance d'une composante affective dynamique dans cette pathologie, devient incontournable. D'une manière générale, le sujet âgé est davantage envisagé sous un angle psychodynamique, ainsi qu'en témoignent les 2 volumineux mémoires de POSTEL et coll. /117,118/ sur les défaillances psychiques du vieillard et leur prévention. Le socio-diagnostic, évoqué par LECONTE /125/ en 1963, apparaît indispensable à la prise en charge du sujet âgé atteint de troubles mentaux. Enfin, un nouveau thème apparaît à cette époque: celui de la dépression du sujet âgé, peu étudiée jusqu'alors.

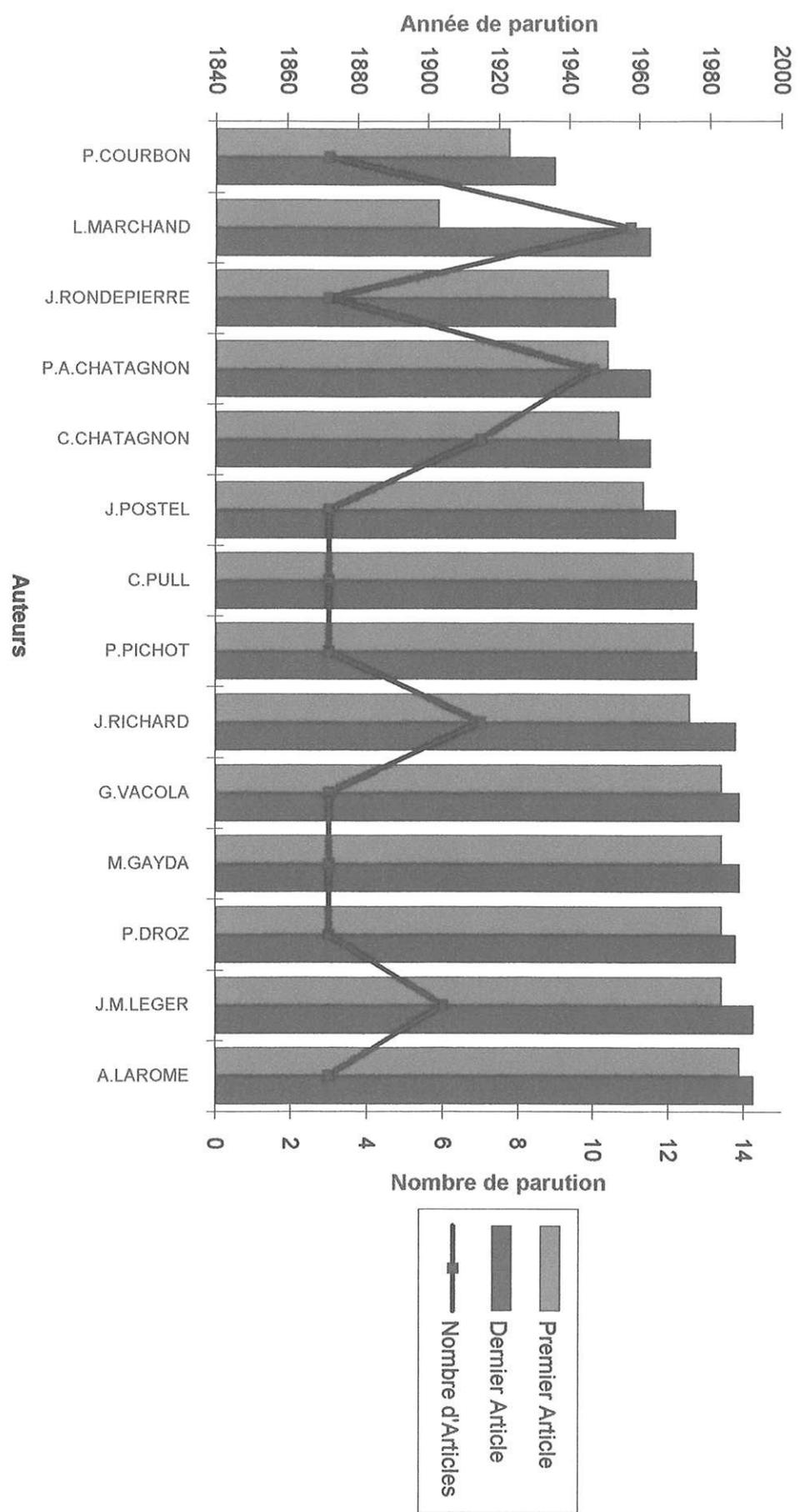
- de 1970 à 1979: près de la moitié des références concerne les thérapeutiques. Ces dernières se diversifient. C'est l'époque de l'élaboration des fondements méthodologiques de la relaxation (RICHARD et coll. /302/ en 1975), de l'ergothérapie (PIERREHUMBERT et coll. /303/ en 1976). Les dépressions séniles sont largement étudiées. La mélancolie d'involution fait l'objet de 3 communications de PULL et PICHOT /270,271,272/.
- de 1980 à 1989: les 30 références publiées durant cette période concernent, outre les thérapeutiques biologiques, la psychothérapie, la psychomotricité, s'inscrivant dans le cadre d'une médecine adaptative, la psychologie et la psychopathologie du sujet âgé, y compris dément, fréquemment abordées. Le problème de la santé mentale au cours de la retraite fait l'objet de 8 communications, la première /321/ datant de 1984, les 7 autres /322,323,324,325,326,327,388/ de 1988. De nouvelles solutions sont proposées en matière d'assistance (Cantou, domicile collectif).
- de 1990 à 1994: la démence sénile représente 5 des 11 articles publiés. Le rôle de la protéine bêta-amyloïde dans la démence type ALZHEIMER, évoqué en 1992 /355/, représente un pas énorme dans la

compréhension de la maladie. Les autres références concernent les psychoses séniles et l'assistance aux personnes âgées.

Pour compléter cette analyse statistique, nous nous sommes attachés à repérer les auteurs principaux depuis la parution des Annales Médico-Psychologiques (planche 4) ainsi que la répartition thématique pour ces auteurs (planche 5). L.MARCHAND, premier auteur à avoir livré en 1903 /28,29,30/ ses travaux concernant la sénilité, détient le "record de longévité" de publication puisque son dernier article est paru en 1963 /126/. On peut le considérer comme un auteur majeur du début du siècle. Ses travaux sur la paralysie générale et la démence séniles ont été largement diffusés dans les Annales Médico-Psychologiques. P.COURBON, second auteur important du début du siècle, se distingue par ses articles ciblés sur la psychologie des sujets âgés, publiés entre 1920 et 1940 /33,36,52/. P.A.CHATAGNON se révèle être l'auteur majeur du milieu de ce siècle. Ses articles publiés entre 1951 et 1963 /34,67,102,122,123,136,176,177,201,237/ le plus souvent en collaboration avec C.CHATAGNON, abordent des thèmes aussi variés que l'assistance aux personnes âgées, la démence sénile, la gériatrie, la psychologie, la sociologie et les thérapeutiques. A cette même époque se distinguent dans notre étude J.RONDEPIERRE /93,94,139/ pour ses travaux sur la démence sénile et les thérapeutiques, et J.POSTEL /117,118,296/, auteur d'articles généraux de psychogériatrie, d'articles concernant l'assistance aux personnes âgées, la démence sénile et les thérapeutiques entre 1961 et 1970. Dans les années 70, P.PICHOT et C.PULL /270,271,272/ émergent pour leurs travaux sur la mélancolie d'involution. Enfin, 6 auteurs plus contemporains sont remarquables :

- G.VACOLA et M.GAYDA /321,322,336/ pour leurs articles généraux de psychogériatrie et leurs travaux sur la démence sénile dans les années 80.
- P.DROZ /329,330,331/ pour ses articles généraux, de psychologie et de thérapeutiques, également dans les années 80.
- J.RICHARD /260,302,329,330,331,354/ pour ses nombreuses publications traitant d'assistance aux personnes âgées, de démence sénile, de dépression, de psychologie, sociologie, de thérapeutiques et de généralités psychogériatriques, entre 1975 et 1987.

AUTEURS PRINCIPAUX



- A.LAROME /310,311,374/ pour ses articles traitant d'assistance aux personnes âgées et de psychologie dans les dix dernières années.
- J.M.LEGER /308,321,336,348,362,363/ pour ses articles généraux, pour ses travaux sur la démence sénile, les psychoses et les thérapeutiques au cours de la dernière décennie.

B. - La revue de presse

Elle comporte 504 références depuis la création des Annales Médico-Psychologiques jusqu'en 1994.

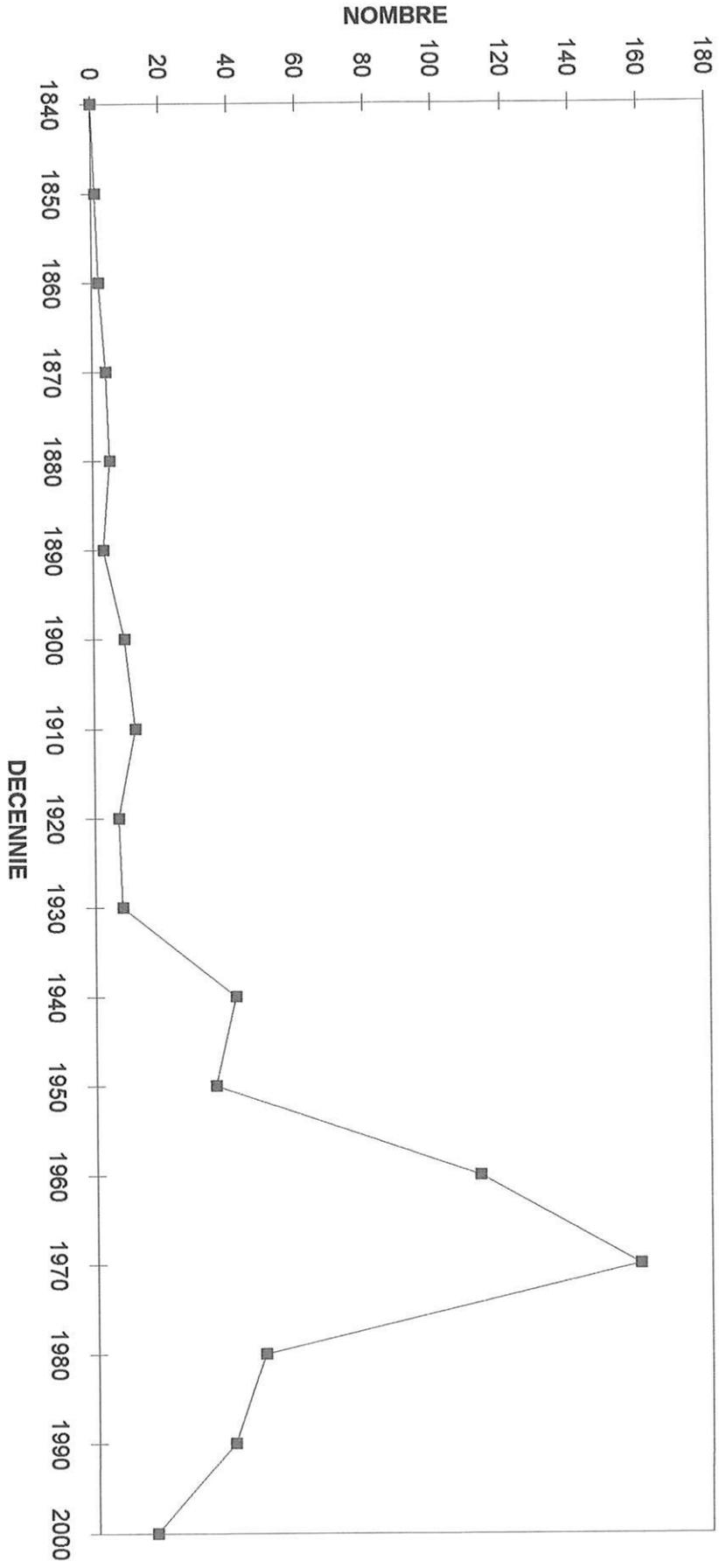
La courbe évaluant le nombre d'articles parus par décennie (planche 6) est superposable en grande partie à celle concernant les communications et mémoires originaux. Elle est quasiment stationnaire jusqu'en 1930, avec une discrète augmentation autour de 1910 et un fléchissement correspondant à la première guerre mondiale.

A partir de 1930, on observe une nette ascension du diagramme, suivie d'un nouveau fléchissement pendant la seconde guerre mondiale et jusqu'en 1950. A partir de cette date, tout comme dans le cadre des communications et mémoire originaux, il y a un accroissement considérable des publications concernant le sujet âgé. Pendant 20 ans, cette grande quantité de référence va illustrer l'importance de la période dans le domaine de la psychogériatrie.

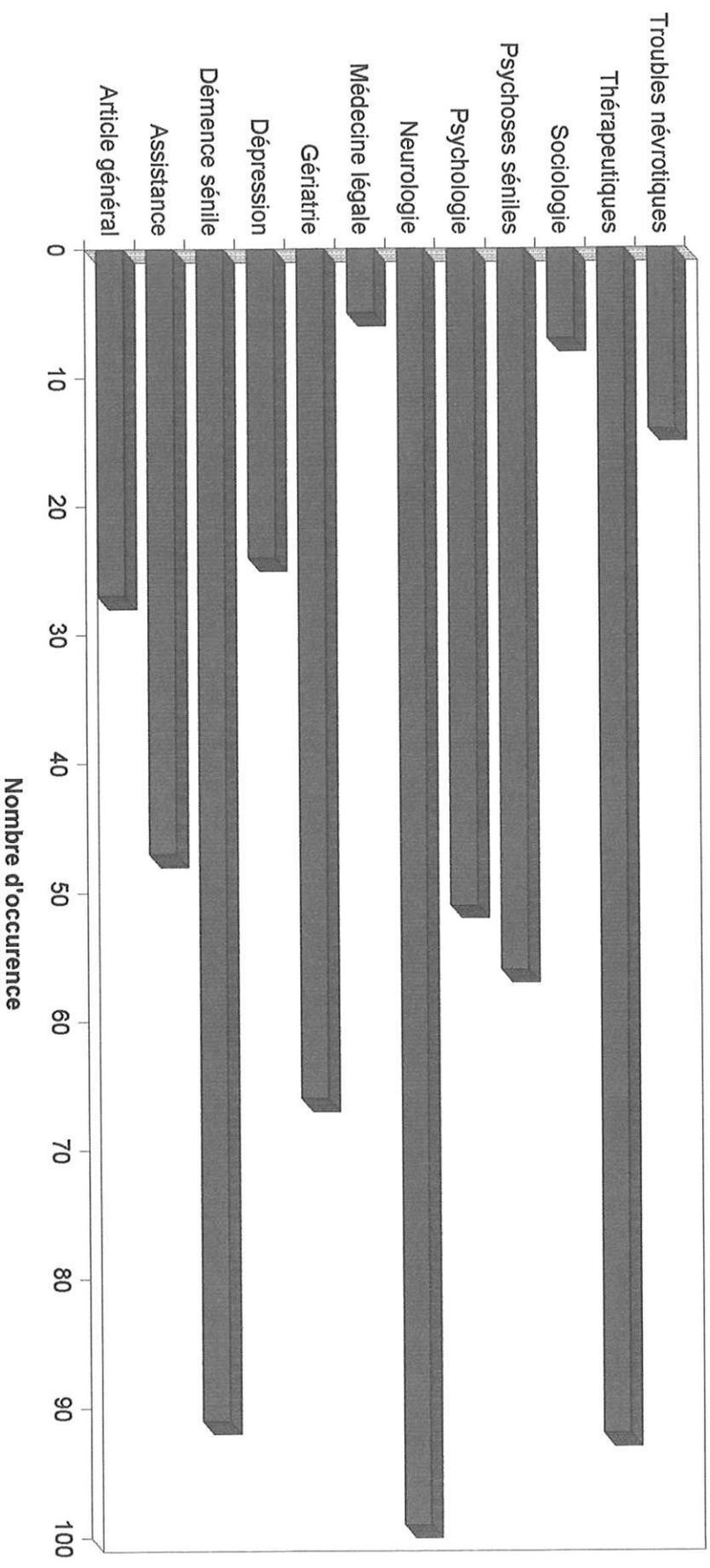
A partir de 1970, la courbe décroît très rapidement jusqu'en 1980 puis plus discrètement jusqu'à nos jours.

L'histogramme de répartition thématique montre, dans le cadre de cette revue de presse (planche 7), une nette émergence des sujets neurologiques : ce n'était pas le cas pour les communications et mémoires originaux, probablement en raison de l'orientation des Annales Médico-Psychologiques elles-mêmes.

REVUE DE PRESSE : NOMBRE D'ARTICLES PARUS PAR DECENNIE



REPARTITION THEMATIQUE DE LA REVUE DE PRESSE (504 ARTICLES)



La démence sénile et les thérapeutiques viennent ensuite, comme on pouvait s'y attendre. Puis on trouve, par nombre d'occurrence décroissant, les articles concernant :

- la gériatrie
- les psychoses séniles
- la psychologie
- l'assistance aux personnes âgées
- des généralités de psychogériatrie
- la dépression
- les troubles névrotiques
- la sociologie
- la médecine légale

Pour ce qui concerne la répartition thématique par décennie, compte tenu du grand nombre total de références, n'ont été jugés significatifs que les thèmes représentés par au moins cinq occurrences. Comme on peut le constater sur le graphique (planche 8), aucun thème majeur n'est isolé jusqu'aux alentours de 1900, époque où diverses études neurologiques constituent la seule émergence thématique. Il faut attendre les années 20, et surtout les années 30 pour voir apparaître 3 thèmes essentiels:

- la neurologie, avec des études anatomo-pathologiques du cerveau essentiellement.
- la démence sénile, également vue sous l'angle histo-pathologique. C'est l'époque où les plaques séniles et la dégénérescence neuro-fibrillaire d'ALZHEIMER passionnent de nombreux auteurs.
- les psychoses séniles.

A partir de 1940, la richesse de la revue de presse impose une analyse par décennie:

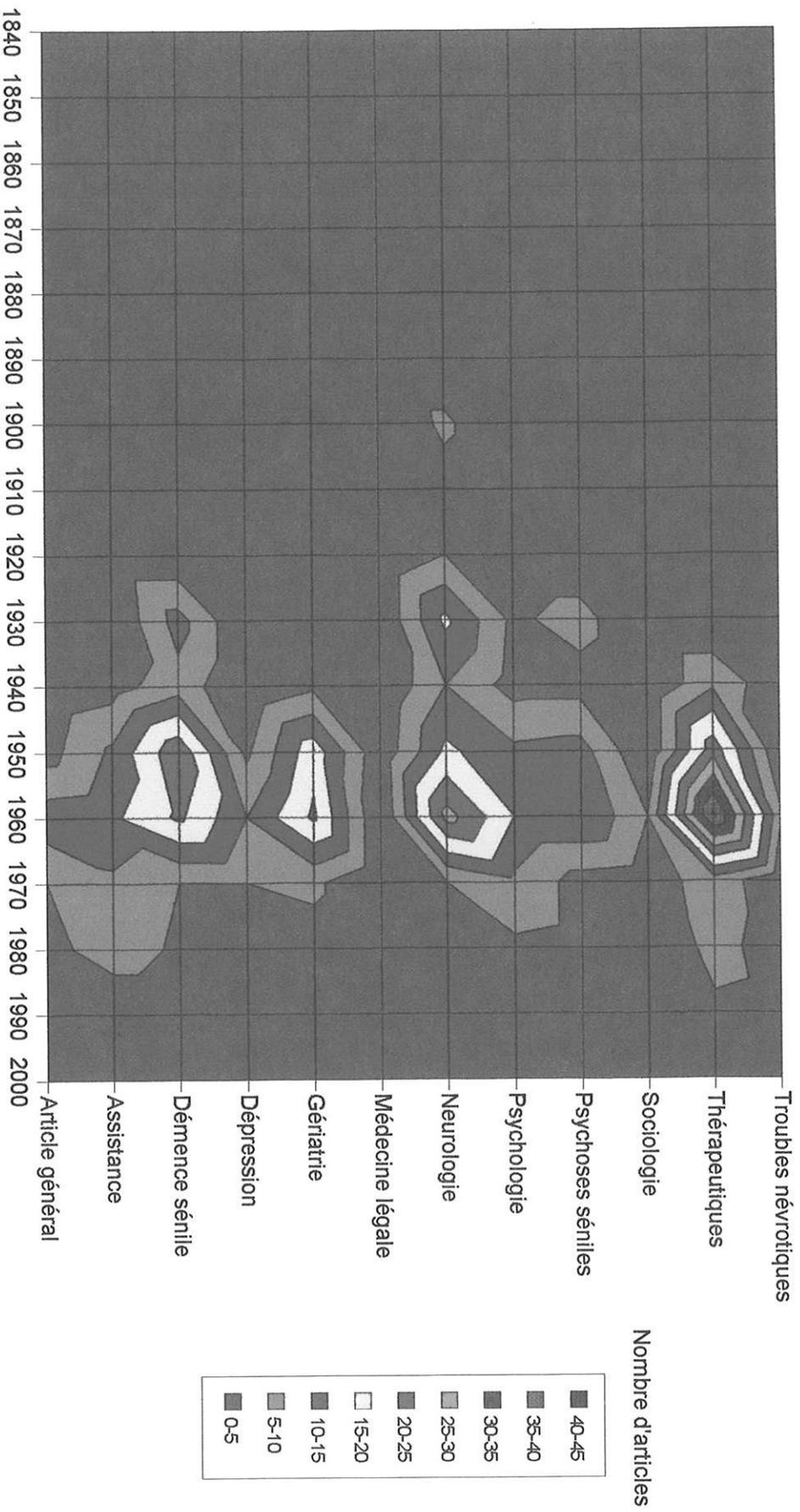
- de 1940 à 1949: on compte 36 références qui concernent toujours des études neurologiques, la démence sénile d'un point de vue anatomo-pathologique, les psychoses séniles, mais également de nouveaux thèmes tels que les thérapeutiques, la psychologie du

vieillesse, la "somato-gériatrie" et l'assistance aux personnes âgées dont le concept s'ébauche au cours de cette décennie.

- de 1950 à 1959: 100 références ont été répertoriées, traitant de sujets très divers parmi lesquels on remarque la dépression du sujet âgé. L'étude de la démence sénile ou des pathologies neurologiques s'enrichit d'examen complémentaires tels que la pneumo-encéphalographie, l'électroencéphalogramme, les explorations biologiques de plus en plus sophistiquées. La psychologie commence à apporter un éclairage nouveau à bon nombre de maladies mentales, dont la démence.
- de 1960 à 1969: on relève 157 articles, soit environ le tiers de l'ensemble de la revue de presse. Tous les thèmes sont abordés en dehors de la sociologie et de la médecine légale. Les thérapeutiques et les articles de neurologie constituent les 2 thèmes majeurs. Au début de cette décennie, les articles traitant d'assistance sont à leur apogée. L'étude des psychoses séniles et de la démence sénile s'appuie sur la génétique. On constate que l'abord psychopathologique de ces maladies est relativement peu évoqué dans la presse internationale par rapport aux publications spécifiques des Annales Médico-Psychologiques. Les troubles névrotiques des personnes âgées, peu étudiés dans l'ensemble, le sont essentiellement au début des années 60.
- de 1970 à 1979: sur les 53 articles de cette décennie, on retrouve les thèmes classiquement les plus abordés dans la revue de presse, à savoir la neurologie, les thérapeutiques (chimiothérapies et psychothérapies essentiellement), la psychologie du vieillissement, la démence sénile et l'assistance aux personnes âgées.
- de 1980 à 1989: on dénombre 38 références abordant en priorité les mêmes thèmes qu'au cours de la décennie précédente. Concernant l'assistance aux personnes âgées, on remarque plusieurs articles faisant le bilan de structures d'accueil mises en place dans les années 70.
- de 1990 à 1994: on compte 20 articles abordant des sujets très divers. A noter 2 références concernant l'électroconvulsivothérapie en psychogériatrie.

PLANCHE 8

REPARTITION THEMATIQUE DE LA REVUE DE PRESSE (504 ARTICLES)



Pour aller plus loin dans cette étude, il nous a semblé important de connaître les origines principales des articles de la revue de presse (planche 9). Les publications de sociétés et congrès français sont très représentées, et ce à partir du début du XXe siècle. Il s'agit:

- des Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (appellation actuelle), émanations de la Société Médico-Psychologique, dont le premier rapport concernant les sujets âgés est publié dans la revue de presse en 1895.
- de la Société clinique de médecine mentale jusqu'en 1930.
- de la Société de neurologie de Paris entre 1930 et 1940.
- de la Société française de neurologie entre 1960 et 1970.
- de la Société MOREAU DE TOURS à la même époque.
- de la Société de psychiatrie de Marseille et du Sud-Est méditerranéen à partir des années 60.
- de la Société de psychiatrie, neurologie et psychologie clinique du Centre Auvergne et Limousin à partir de la fin des années 70.

Les Etats-Unis sont représentés par le "Mental Science" à la fin du XIXe siècle et jusqu'en 1910, par "The American Journal of Psychiatry" ensuite.

L'Angleterre apporte sa contribution à travers les "Proceedings of the Royal Society of Medicine" dans les années 60 et 70.

Les "Rassegna di studi psichiatrici" et "Giornale di Gerontologia" fournissent la majorité des articles italiens entre 1950 et 1970.

Enfin, le journal de neuropathologie et de psychiatrie S.S KORSAKOFF transmet les études de l'Ecole russe dans les années 60.

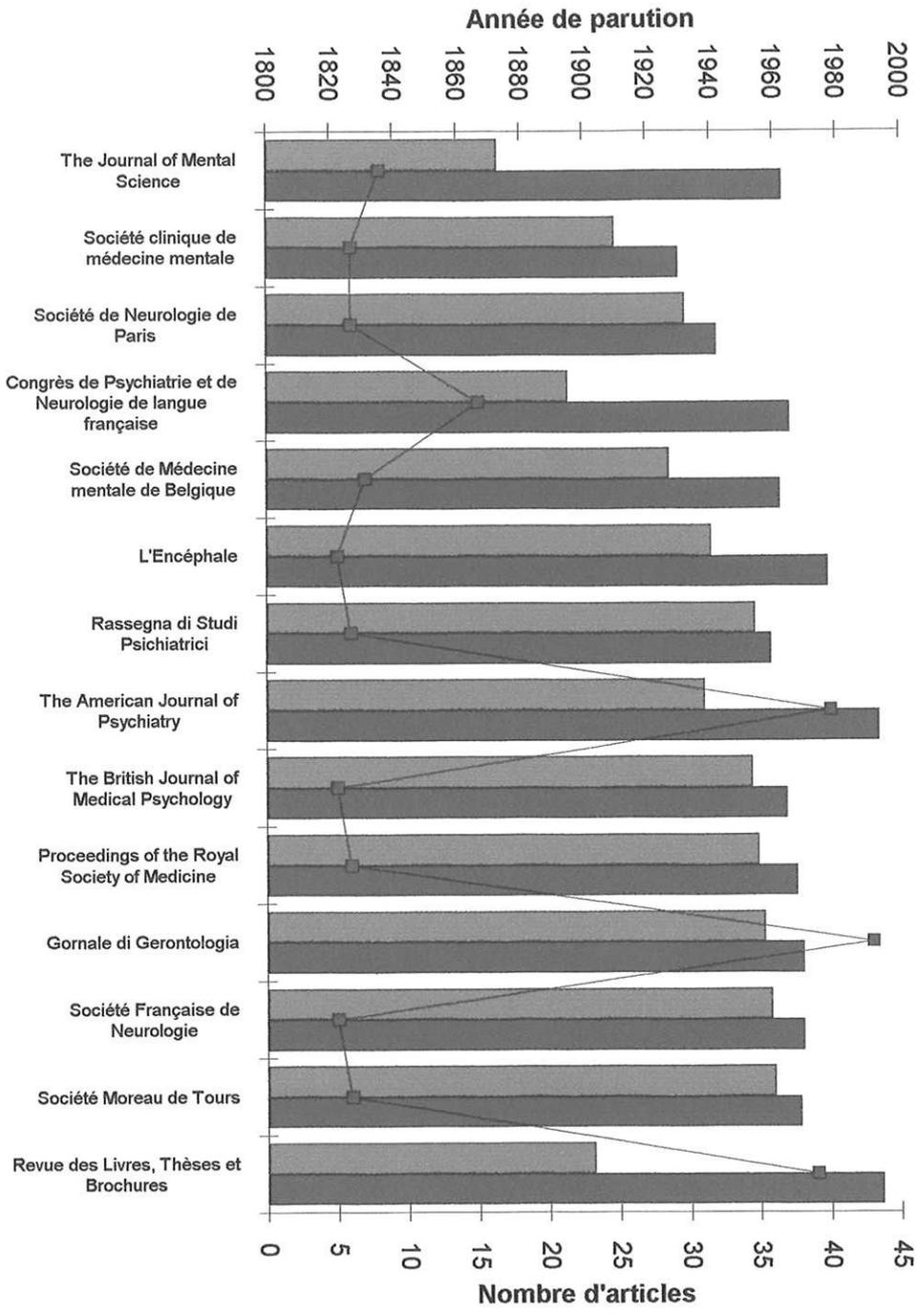
Paradoxalement, aucune revue allemande ne se distingue nettement dans cette analyse.

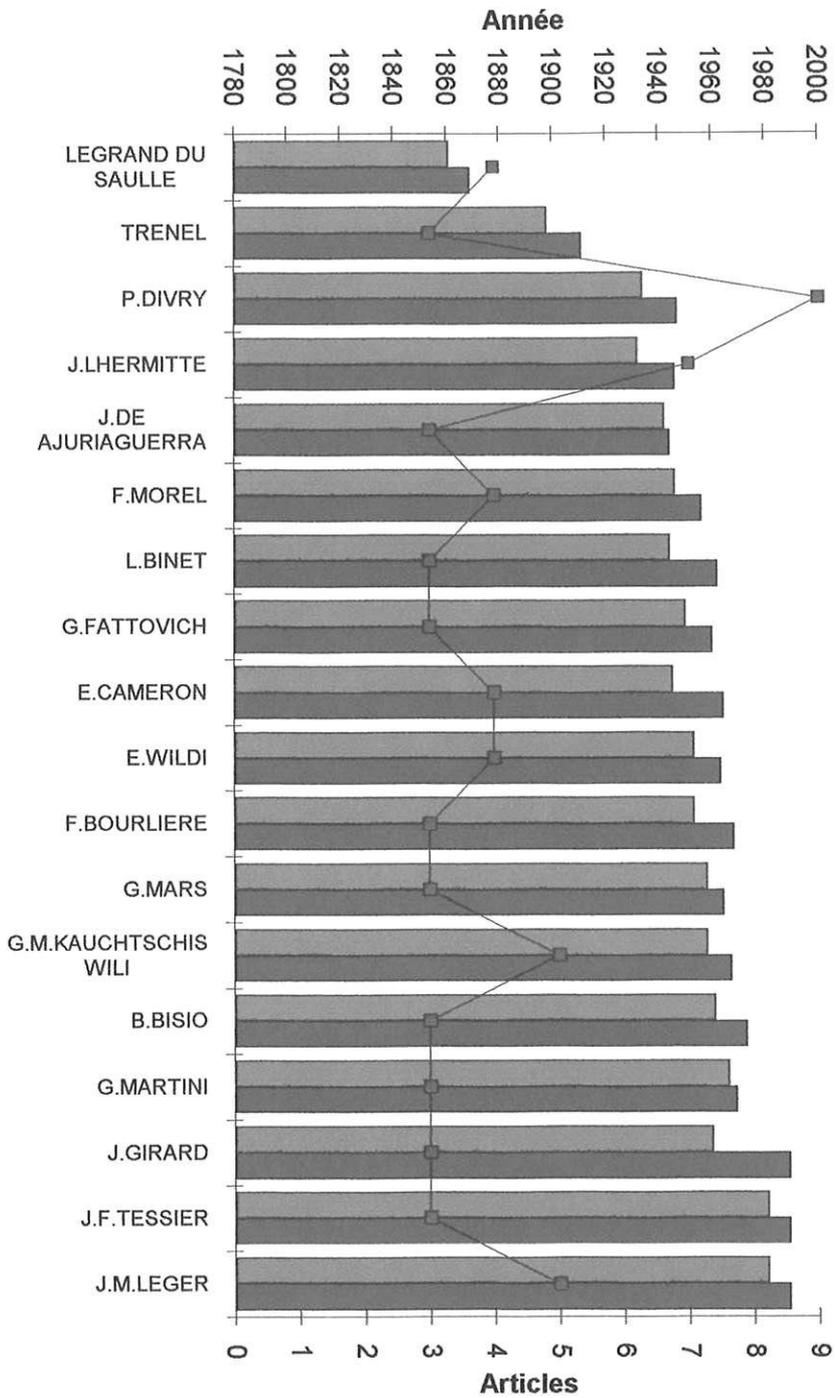
Parmi les auteurs principaux de la revue de presse (planches 10 et 11), on remarquera P.DIVRY /32,42,43,44,45,46,47,48,389,390/ pour ses études histo-chimiques des plaques séniles et de la dégénérescence neuro-fibrillaire. On lui doit la découverte de la nature amyloïde de ces lésions en 1927. J.LHERMITTE /56,59,391,392,393,394,395,396/, contemporain de DIVRY, se distingue également pour ses nombreux sujets de neurologie. Avant eux s'illustraient LEGRAND DU SAULLE /4,5,6,7/, entre 1860 et 1870, pour diverses études (médecine légale, neurologie, gériatrie, démence sénile) et TRENEL /397,398,399/,

partisan de la théorie de la dégénérescence, entre 1898 et 1911, pour ses articles sur les psychoses séniles et la paralysie générale sénile. Entre 1940 et 1970, plusieurs auteurs émergent au travers de la revue de presse:

- J.DE AJURIAGUERRA /58,59,128,393/, grand nom de la psychogériatrie et de la psychiatrie en général, pour des articles de neurologie publiés au début des années 40 et ses travaux sur la démence sénile dans les années 60.
- L.BINET /174,400,401/ pour ses études sur la sénescence physiologique, son ouvrage général de gérontologie et gériatrie et un essai de traitement hormonal chez les sujets âgés.
- F.MOREL et E.WILDI pour leurs recherches, le plus souvent en association, sur les lésions cérébrales dégénératives séniles publiées entre 1946 et 1963. /65,81,402,403,404/
- E.CAMERON /99,107,225,405/ pour ses recherches, pendant la même période, sur les psychoses séniles et ses essais thérapeutiques (hyaluronidase intra-thécale, A.R.N) dans la démence sénile.
- G.FATTOVICH /406,407,408/ pour ses travaux histopathologiques et neurologiques sur la démence sénile entre 1950 et 1960.
- F.BOURLIERE /108,399,409/ pour ses sujets de gérontologie entre 1953 et 1968.
- G.MARS pour ses articles traitant de physiopathologie (activité transaminasique dans les vasculopathies de la sénilité /410/) et de thérapeutiques (A.T.P /100/, neuroleptiques /206/) entre 1958 et 1964.
- J.GIRARD /411,188,412,413/ pour des sujets très variés tels que la mélancolie d'involution, les psychoses hallucinatoires symptomatiques d'affections cérébrales organiques, les neuroleptiques, l'assistance aux personnes âgées entre 1960 et 1989.
- B.BISIO /240,275,414/ qui s'est intéressé à la neurologie et à la psychothérapie dans la sénilité entre 1961 et 1973.
- G.M.KAUCHTSCHISWILI /415,416,178,232,194/ pour ses essais thérapeutiques dans les psychopathies séniles, ses recherches sur la pathologie vasculaire cérébrale et la neuropathie diabétique sénile publiés entre 1958 et 1967.

ORIGINES PRINCIPALES DES ARTICLES DE LA REVUE DE PRESSE





AUTEURS PRINCIPAUX DE LA REVUE DE PRESSE

- G.MARTINI /183,185,238/ pour ses travaux consacrés à la pathologie vasculaire cérébrale et à ses conséquences sur le plan psychique, à la fin des années 60.

Enfin, à partir de 1980, J.M.LEGER /320,334,339,417,418/, souvent associé à J.F.TESSIER, est remarqué pour ses publications concernant l'assistance aux personnes âgées et plus précisément la prise en charge en hôpital de jour psychogériatrique, l'intérêt des familles dans cette prise en charge, les psychoses séniles, l'alcoolisme chez les personnes âgées.

C. - Etude comparative.

Lors de la 91ème session du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française à Pointe-à-Pitre, du 25 au 30 Avril 1994, J.F.THERME, P.THERME-GARAULT et J.M.LEGER /419/ ont présenté un rapport intitulé: "La psychogériatrie au fil du temps ou 100 ans de Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (1889-1989)". Compte tenu de l'étroite relation historique existant entre les Annales Médico-Psychologiques, la Société Médico-Psychologique et les Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, il a semblé intéressant d'effectuer une étude comparative entre ce rapport et l'analyse statistique précédente.

J.F.THERME et coll., y voyant l'occasion d'observer l'émergence du concept de psychogériatrie, distinguent 5 périodes dans leur exposé:

- les premières années, de 1889 à 1910: elles sont bien sûr marquées par le rapport d'A.RITTI établissant la nosographie des psychoses de la vieillesse au Congrès de Bordeaux en 1895. Mais c'est la démence sénile qui constitue le pôle d'intérêt majeur à cette époque. L'hypothèse d'une origine vasculaire est émise par PICHENOT en 1902, puis par REGIS en 1907. En 1903, MASSAUT définit la démence comme un affaiblissement intellectuel progressif, inéluctable et d'intensité variable, caractérisé par une profonde apathie et se manifestant initialement par la perte des possibilités d'acquisition et la régression des facultés les plus complexes. DUPRE souligne un peu

plus tard l'importance des troubles de mémoire dans cette pathologie et la nécessité pour le malade du revécu infantile à l'origine de troubles du caractère et d'une grande impulsivité. DUPRE distingue les démences précoces, assimilées aux psychoses, et les démences tardives témoignant souvent d'une atteinte cérébrale profonde. Il signale par ailleurs en 1909 la dangerosité de l'onirisme du vieillard qui peut aboutir à un véritable affaiblissement intellectuel.

- la seconde période, de 1910 à 1930: elle est relativement pauvre en ce qui concerne la psychogériatrie. Les auteurs retiennent cependant le rapport de MIGNOT en 1912 introduisant une notion nouvelle: celle d'une origine psychogène à la symptomatologie psychiatrique. Ils citent également VOIVENEL qui, en 1922, évoque la possibilité d'une origine virale à certains affaiblissements intellectuels tardifs, la syphilis et la tuberculose n'étant donc plus désormais les seules maladies responsables d'encéphalopathies à manifestations psychiatriques.
- la troisième période, de 1930 à 1950: elle est toujours dominée par le problème de la démence sénile et, fait nouveau, des relations de celle-ci avec la maladie d'ALZHEIMER. C'est l'époque des grandes découvertes histo-pathologiques parmi lesquelles celle de DIVRY sur la nature amyloïde des plaques séniles et de la dégénérescence neuro-fibrillaire revêt une importance toute particulière. Les auteurs citent par ailleurs la communication de MAZHAR UZMAN sur un cas de pseudo-démence d'origine tumorale.
- la quatrième période, de 1950 à 1970, est une période extrêmement riche. On y observe la diversification des moyens d'investigation. L'intérêt des tests psychologiques dans le diagnostic des pathologies démentielles est communément admis. DONNADIEU sépare les démences pré-séniles (maladies de PICK, d'ALZHEIMER et de CREUTZFELD-JACOB) des démences séniles. Ces dernières seront elles-mêmes divisées ultérieurement en démences atrophiques vasculaires et mixtes. On distinguera par ailleurs des démences d'origine artériosclérotique et des syndromes psycho-organiques séniles comme la confusion. En 1958, POSTEL envisage les défaillances psychiques du vieillard sous l'angle psychopathologique. Ces défaillances, pouvant aboutir dans les cas extrêmes, à de véritables états démentiels, peuvent être prévenues par une prise en

charge adéquate. La démence sénile n'est plus la seule maladie mentale envisagée chez le sujet âgé. Les troubles névrotiques, les syndromes dépressifs sont désormais étudiés et leurs caractères particuliers liés à l'âge reconnus. La chimiothérapie (neuroleptiques, vasodilatateurs) révolutionne dès 1963 le traitement des troubles psychiques du vieillard. Enfin, c'est à cette époque que se met en place l'assistance médico-sociale en faveur des personnes âgées, dans le cadre d'une indispensable politique de la vieillesse.

- la cinquième période, de 1970 à 1989: elle est également très riche et novatrice dans son approche du sujet âgé atteint ou non de troubles mentaux. L'étude de la démence sénile évolue considérablement, depuis CONSTANTINIDIS qui émet l'hypothèse d'une transmission autosomique dominante pour les maladies d'ALZHEIMER et de PICK, récessive pour la démence sénile à PLOTON qui aborde en 1989 la séméiologie démentielle sous un angle relationnel.. La démence est, selon lui, un compromis adaptatif non spécifique dans le cadre de différents ordres d'agression. LEGER arrive aux mêmes conclusions concernant les délires de l'âgé. La dépression, pathologie fréquemment rencontrée, trouve son origine dans le contexte familial, social ou affectif des sujets âgés. TERRA souligne l'importance des "life-events" dans la survenue de syndromes dépressifs. La prévention des troubles psychiques des personnes âgées est abordée en 1985 par HUBERT et SICHEL qui y voient 3 niveaux:

- ♦ primaire, évitant l'hospitalisation en institution,
- ♦ secondaire, luttant contre la chronicisation des malades en institution,
- ♦ tertiaire, permettant à un âgé ayant des difficultés de s'adapter en tenant compte de celles-ci.

La prise en charge sociale est abordée en 1986 par DILIGENT qui souligne l'importance des réseaux sociaux et de voisinage, le rôle clé du médecin généraliste. BERGES insiste sur la nécessité d'améliorer les lieux de vie pour personnes âgées, hautement dépressiogènes, et VALEIX évoque les avantages et inconvénients du placement familial. Le rôle important du secteur est reconnu par tous. La thérapeutique

bénéficie elle aussi de cette nouvelle approche du sujet âgé. Outre la chimiothérapie, faisant l'objet de nombreuses communications jusqu'en 1985, on remarque l'apparition des thérapies corporelles, de la prise en charge institutionnelle de groupe, et surtout de la notion de réhabilitation définie par AURIERES, développée par LEGER en 1988 dans le cadre de l'hospitalisation de jour. La rééducation des fonctions déficientes, la stimulation de celles encore intactes vont de pair avec une action sur l'environnement ainsi que l'explique POINSO.

1. - Etude comparée avec la revue de presse des Annales Médico-Psychologiques.

On rappelle que cette revue de presse comporte elle-même des références citées dans le cadre de divers Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française.

La répartition des publications dans le temps semble similaire: faible quantité de références jusqu'en 1930, augmentation progressive ensuite jusqu'en 1950, début d'une période extrêmement riche.

La différence essentielle tient dans la nature des thèmes concernant les sujets âgés abordés dans l'ensemble de la revue de presse des Annales Médico-Psychologiques ou dans les Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Dans le premier cas, on remarque la prépondérance des questions de neurologie, et ce durant toute l'histoire des Annales Médico-Psychologiques. La démence sénile vient ensuite. Elle tient une place très importante, comme dans les Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Mais on constate une évolution différente de l'approche de cette pathologie. La revue de presse reste très organiciste tout au long de son histoire, alors que l'abord de la démence sénile sous un angle psychodynamique constitue un tournant décisif dès la fin des années 50 dans les différents Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Les troubles névrotiques, la dépression de l'âgé bénéficient également de cette nouvelle approche. Les thérapeutiques représentent le troisième thème important dans la revue de presse. Il s'agit principalement des chimiothérapies et dans une moindre mesure des psychothérapies. Là encore, les Congrès se démarquent en abordant dès 1970 de nouvelles thérapies telles que les thérapies corporelles et en développant un nouveau concept: celui de la réhabilitation. Les autres thèmes concernant les personnes âgées (psychologie, assistance) sont traités de manière

sensiblement équivalente. Il est difficile de dire si la tendance résolument organiciste de la revue de presse correspond à une réalité internationale ou si elle est dûe aux différents comités de sélection s'étant succédés au cours de l'histoire des Annales Médico-Psychologiques.

2. - Etude comparée avec les mémoires originaux et les communications de la Société Médico-Psychologique.

Là encore, on constate une similitude dans l'évolution du nombre de références au cours du temps. Bien que J.F.THERME et coll. n'aient pas quantifié les rapports concernant les sujets âgés aux différents Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, ils mettent clairement en évidence la richesse inégale des différentes périodes considérées. Les années 1950 à 1970 sont unanimement reconnues comme une époque charnière de l'histoire du concept de psychogériatrie. Pour ce qui concerne l'analyse thématique, on observe également un certain parallélisme entre les deux études. Les thèmes principaux sur l'ensemble des parutions sont la démence sénile et les thérapeutiques dans les deux cas. Si l'on sépare les différentes périodes, on remarque les faits suivants:

- le rapport de RITTI /15/, au Congrès de Bordeaux en 1895, est contemporain des mémoires de BALLETT et ARNAUD /16/, de REGIS /17/ sur les psychoses séniles développées à partir d'observations cliniques.
- entre 1900 et 1910, la démence sénile occupe une place prépondérante dans les Congrès. Dans les Annales Médico-Psychologiques (mémoires originaux et communications), elle vient derrière les sujets neurologiques tels que l'épilepsie et surtout la paralysie générale sénile.
- entre 1910 et 1930, peu d'articles se rapportent aux vieillards. Les Annales Médico-Psychologiques font de la démence sénile un sujet majeur. Ses rapports avec la maladie d'ALZHEIMER sont évoqués dès 1925. Les Congrès aborderont ce problème au milieu des années 30. La paralysie générale est encore d'actualité. L'origine psychogène de certains troubles mentaux est mise en évidence par MIGNOT lors du Congrès de 1912, ce qui constitue une approche tout à fait nouvelle. COURBON /33/ souligne en 1923 dans les Annales Médico-

Psychologiques l'intérêt de la psychologie dans le diagnostic des troubles mentaux.

- entre 1930 et 1950, la démence sénile, ses rapports avec la maladie d'ALZHEIMER, avec une éventuelle pathologie tumorale sont communément abordés. COURBON /36/ s'intéresse dès 1930 aux remaniements affectifs de la vieillesse et livre ses observations devant la Société Médico-Psychologique. Les thérapeutiques et les problèmes d'assistance aux personnes âgées apparaissent dans les Annales Médico-Psychologiques entre 1940 et 1950.
- entre 1950 et 1970, l'abord psychopathologique de la démence sénile représente une étape commune aux Annales Médico-Psychologiques et aux Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, parallèlement à l'aspect purement organique de cette pathologie. POSTEL /117,118/ y est incontestablement pour beaucoup dans les deux cas. Les thérapeutiques (neuroleptiques, vasodilatateurs) sont largement étudiés, ainsi que l'assistance aux personnes âgées. De nouvelles pathologies suscitent l'intérêt des auteurs: la dépression dans tous les cas, les troubles névrotiques abordés au Congrès de 1965 par CIOMPI.
- entre 1970 et 1989, les orientations des Annales Médico-Psychologiques, de la Société Médico-Psychologique et des Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française sont tout à fait en phase:
 - ✦ approche psychodynamique des différentes pathologies mentales rencontrées dans la vieillesse (sans négliger pour autant l'aspect organique).
 - ✦ prévention des troubles psychiques des personnes âgées, prise en compte des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux liés au vieillissement, réflexions sur l'optimisation de la prise en charge passant, chaque fois que cela est possible, par le maintien à domicile.
 - ✦ diversification des thérapeutiques: thérapies corporelles (relaxation, yoga), ergothérapie, psychothérapie, ..., associées aux chimiothérapies classiques dans le cadre

d'une médecine adaptative dont l'objectif est avant tout de permettre une réhabilitation du sujet âgé.

En conclusion, comme on pouvait s'y attendre étant donnée leur étroite relation historique, les Annales Médico-Psychologiques, la Société Médico-Psychologique et les Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française ont contribué au même mouvement aboutissant à la psychogériatrie contemporaine. La convergence de leurs idées a permis aux auteurs souvent communs de ces différentes institutions de faire évoluer les connaissances et surtout de donner à la psychopathologie du vieillissement la place qui lui revient en gériatrie.

VI. - CONCLUSIONS

VI. - CONCLUSIONS

Dès 1843, le programme ambitieux affiché par les Annales Médico-Psychologiques laisse entrevoir la place primordiale de cette revue dans l'expression de l'histoire de la psychiatrie. Sous l'impulsion de ses membres fondateurs, et tout particulièrement de Jules BAILLARGER, on la trouve à l'origine des prestigieuses institutions que sont la Société Médico-Psychologique et les actuels Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française.

Au XIXe siècle, la pathologie du sujet âgé est très peu abordée dans l'ensemble. Rares sont les médecins qui, comme Jean-Martin CHARCOT, s'intéressent à cette période de la vie. Il s'agit, pour la plupart d'entre eux, de praticiens attachés à l'hospice de la Salpêtrière. En psychiatrie, la démence sénile est la seule entité communément admise jusque dans les années 1870. Sa description est fortement inspirée par les valeurs morales et religieuses de l'époque. A la fin du XIXe siècle, les Ecoles allemande et française, riches de l'apport de l'ère anatomo-clinique, contribuent fortement à l'individualisation des principales pathologies psychiatriques du sujet âgé. On remarque tout particulièrement le rapport d'Antoine RITTI sur les "psychoses de la vieillesse" au Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française à Bordeaux en 1895. Cette étude, constituant un apport nosologique majeur, ouvre la voie à la recherche de l'étiologie de ces psychoses séniles non exceptionnelles comparées à la démence.

Au début du XXe siècle, le fort courant organiciste pousse à cette recherche étiologique. Les conclusions sont très différentes selon les auteurs. On remarquera l'influence de la théorie de la dégénérescence, l'évocation de pathologies infectieuses, toxiques ou cardio-vasculaires à l'origine des psychopathies du sujet âgé. Cette époque est également marquée par la reconnaissance de la paralysie générale sénile, d'abord mise en évidence par l'examen anatomo-pathologique, puis, après la découverte du "Treponema pallidum" en 1905, par les techniques sérologiques.

A partir de 1920, la démence sénile constitue un pôle d'intérêt majeur. On individualise une forme vasculaire, une forme dégénérative dont les rapports avec la maladie d'ALZHEIMER, décrite en 1906, et la maladie de PICK seront largement débattus. Il s'agit d'affections apparentées pour certains, de modalités différentes

d'une même maladie pour d'autres. Les caractéristiques histo-pathologiques sont aussi à l'origine de multiples hypothèses quant à la constitution des plaques séniles. On retiendra bien sûr celle de DIVRY /32/ qui, dès 1927, décrit la nature amyloïde de ces plaques. Dans les Annales Médico-Psychologiques, l'abord du sujet âgé dans sa dimension psycho-sociale apparaît dès cette époque, essentiellement au travers des publications de Paul COURBON.

A la fin des années 1940, la gérontologie devient une vraie discipline scientifique. La psychologie de la sénescence fait l'objet de nombreux travaux et la pathologie du sujet âgé est reconnue dans sa diversité et sa spécificité.

A partir de 1950, la nécessité d'une politique de la vieillesse s'impose en raison des conditions socio-démographiques. Dans les Annales Médico-Psychologiques, de nombreux auteurs tels CHATAGNON, BRIAU, BENOISTON dénoncent l'encombrement des hôpitaux psychiatriques par les vieillards, l'inadéquation totale des hospices, et réclament la création de structures adaptées à la prise en charge de la population âgée. La réponse des pouvoirs publics, sous forme du rapport de la commission LAROQUE publié au début des années 1960, entraîne de vastes débats sur les modalités de cette prise en charge. La prévention des troubles psychiques de la vieillesse, le maintien à domicile, la sectorisation, la création d'unités de psychogériatrie employant un personnel qualifié, de concepts purement théoriques deviennent réalités dans les années 1970.

L'approche du dément sénile évolue considérablement à partir de 1950. On admet petit à petit l'importance des facteurs exogènes, des conditions existentielles, de la personnalité antérieure dans le déclenchement ou l'évolution de la démence sénile. Le diagnostic anatomo-pathologique perd de son importance au profit d'une démarche plus globale essayant de prendre en compte tous les paramètres, qu'ils soient biologiques, psychologiques ou écologiques. Les objectifs thérapeutiques s'inscrivent dans le cadre d'une médecine adaptative visant à restaurer ou maintenir l'autonomie du sujet.

Parmi les autres psychopathies, la dépression du sujet âgé est reconnue comme extrêmement fréquente à partir des années 1960. Le caractère atypique de la symptomatologie est constamment remarqué. L'accent est mis sur la prévention qui passe avant tout par une bonne connaissance des remaniements affectifs de la vieillesse liés à la perte du statut, du rôle psycho-social, des capacités. Le rôle de la retraite dans la survenue d'états dépressifs est important pour certains individus qui bénéficieraient d'une bonne préparation au stress de rupture que représente cette période de la vie.

Les caractères spécifiques des délires du troisième âge sont également bien mis en évidence à cette époque: prédominance des idées de préjudice, de persécution, des thèmes hypocondriaques, liés à l'affectivité du sujet. L'influence des conditions somatiques et environnementales est majeure. Ceci amène au concept de fonctionnalité du délire évoqué au début des années 1990 par J.M.LEGER. Par extension, il ressort que tout symptôme, toute maladie du sujet âgé comporte une valeur adaptative qu'il faut prendre en compte avant d'élaborer un projet thérapeutique.

Concernant les thérapeutiques, c'est dans les années 1950 que se situe le tournant décisif en matière de chimiothérapie. La découverte des psychotropes et leur application en gériatrie vont révolutionner la prise en charge des malades. On constate cependant très rapidement la sensibilité particulière des personnes âgées aux médicaments, d'où les nécessaires précautions d'emploi. Les vasodilatateurs sont couramment prescrits à partir des années 1970 en raison de la fréquente participation vasculaire aux troubles psychiques de la vieillesse. La sismothérapie, vivement critiquée et abandonnée par certains, retrouve une place de choix dans le traitement des états dépressifs de type mélancolique et de certains états délirants.

Parallèlement à la chimiothérapie, on assiste à partir de 1960 au développement d'autres moyens thérapeutiques, souvent complémentaires. Il s'agit de la kinésithérapie, de la psychothérapie, longtemps considérée comme inutilisable en gériatrie, des thérapies corporelles comme la relaxation, de l'ergothérapie.

Comme on le voit, l'histoire de la psychogériatrie est entièrement inscrite dans les Annales Médico-Psychologiques, tant sur le plan théorique qu'institutionnel. Bien que le versant somatique ne soit jamais négligé (d'où une large diffusion des progrès réalisés en matière de neurologie, de biologie, d'examens complémentaires), l'originalité de cette revue tient dans la place qu'elle a très précocément accordée aux versants psychologique et social des troubles psychiques des personnes âgées. Cette approche biopsychosociale, unanimement admise à l'heure actuelle, est indispensable au travail de prévention et à tout projet thérapeutique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- /1/ Introduction ; ; 1843 Tome I pp 1 à 27
- /2/ Le centenaire des Annales Médico-Psychologiques ; R.CHARPENTIER ; 1943 Tome I pp 1 à 48 [Mémoire original]
- /3/ De l'entendement dans la vieillesse ; P N Gerdy ; 1843 Tome I pp 403 à 407 [Mémoire original]
- /4/ Les vieillards devant la justice. ; LEGRAND DU SAULLE ; 1869 Tome I pp 487 [Gazette des Hôpitaux]
- /5/ Etude médico-légale sur les enfants et les vieillards. ; LEGRAND DU SAULLE ; 1869 Tome II pp 108-111 [Annales d'Hygiène publique et de Médecine Légale.]
- /6/ Des approches de la mort. De leur influence sur les facultés de l'intelligence et sur les actes de dernière volonté. ; LEGRAND DU SAULLE ; 1861 Tome VII pp 285-297 [Gazette des Hôpitaux]
- /7/ Le froid considéré comme cause occasionnelle de congestion cérébrale. Paralyse générale et congestion cérébrale. Hygiène des vieillards. ; LEGRAND DU SAULLE ; 1862 Tome VIII pp 600-605 [Moniteur des Sciences médicales et pharmaceutiques.]
- /8/ Des psychoses de la sénilité. ; WILLE ; 1875 Tome XIV pp 141-143 [Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie]
- /9/ De la démence sénile. ; DE KRAFFT-EBING ; 1876 Tome XVI pp 306-307 [Irrenfreund]
- /10/ De la chorée vulgaire des vieillards. Leçon du Professeur CHARCOT. ; BOURNEVILLE ; 1879 Tome II pp 450 [Le Progrès Médical]
- /11/ Hémichorée sénile. ; REMACK ; 1896 Tome IV pp 140-141 [Neurologisches Centralblatt]
- /12/ De la paralysie agitante et du tremblement sénile. ; CHARCOT ; 1884 Tome XI pp 501-503 [Journal des connaissances médicales.]
- /13/ Sur certaines affections nerveuses des personnes âgées. ; ANSTIE ; 1873 Tome X pp 489-493 [Mental Science]
- /14/ Note sur quelques cas de folie héréditaire chez les gens âgés. ; E Régis ; 1887 Tome I pp 210 à 228 [Mémoire original]
- /15/ Les psychoses de la vieillesse. ; A.RITTI ; 1895 Tome II pp 171-175 [Congrès Annuel des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.]
- /16/ Délire systématisé des grandeurs sans affaiblissement intellectuel notable chez un vieillard de quatre-vingts ans passés ; G Ballet , F L Arnaud ; 1895 Tome I pp 161 à 173 [Mémoire original]
- /17/ Psychoses de la vieillesse. Observation de délire raisonnant de persécution chez une femme âgée de soixante-treize ans. ; E Régis ; 1896 Tome III pp 208 à 212 [Mémoire original]
- /18/ Placement dans les familles de déments séniles. La colonie d'aliénés de DUN-SUR-AURON. ; ; 1892 Tome II pp 336-339 [Variétés]
- /19/ Contribution à l'étude des délires transitoires séniles. ; L.MICHAUD ; 1901 Tome XIV pp 493-494 [Revue des thèses soutenues devant la faculté de Médecine de Lyon pendant l'année scolaire 1899-1900]
- /20/ Des troubles psychiques qui surviennent dans la vieillesse chez les dégénérés. ; SOUTZO ; 1903 Tome 18? pp 389 à 396 [Mémoire original]
- /21/ La sénilité précoce des mélancoliques. ; S.ARMAND ; 1904 Tome XIX pp 506-507 [Rivista di patologia nervosa e mental]
- /22/ Mélancolie sénile, athérome aortique et gangrène symétrique des membres inférieurs. ; DENY et LANDRY ; 1907 Tome V pp 303 à 309 [Société médico-psychologique]
- /23/ Etude sur la folie survenant entre 60 et 80 ans. ; E.E.SOUTHARD; H.W.MITCHELL ; 1909 Tome X pp 119 [The American Journal of Insanity]
- /24/ Le cerveau sénile. ; LERI ; 1906 Tome IV pp 238-241 [XVIe Congrès annuel des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française]

- /25/ Sur quelques altérations de l'appareil neuro-fibrillaire des cellules corticales dans la démence sénile. ; O.FRAGNITO ; 1908 Tome VIII pp 468 [Annali di Neurologia]
- /26/ Quelques considérations sur l'épilepsie tardive et l'épilepsie sénile. ; P.MASOIN ; 1902 Tome XV pp 211 à 218 [Mémoire original]
- /27/ Essai sur l'hémiplégie des vieillards. Les lacunes de désintégration cérébrale. ; J.FERRAND ; 1903 Tome XVII pp 499-504 [Revue des thèses, livres et brochures]
- /28/ Observation de paralysie générale sénile. ; TOULOUSE et L.MARCHAND ; 1903 Tome 18? pp 446 à 451 [Société médico-psychologique]
- /29/ Un cas de paralysie générale sénile associée à l'athéromasie cérébrale. ; L.MARCHAND ; 1903 Tome II pp 440 à 44 [Société médico-psychologique]
- /30/ Un cas de paralysie générale sénile. Examen micrographique du système nerveux. ; G.DOUTREBENTE et L.MARCHAND ; 1903 Tome II pp 436 à 440 [Société médico-psychologique]
- /31/ Sur la maladie d'ALZHEIMER dans ses rapports avec la démence sénile. ; NAYRAC et DUBRUILLE ; 1925 Tome II pp 327 à 340 [Mémoire original]
- /32/ Etude histo-chimique des plaques séniles. ; DIVRY ; 1927 Tome II pp 465 [Société belge de médecine mentale]
- /33/ Le radotage.Essai de différenciation psychologique entre les effets de l'âge et de l'artériosclérose sur la mentalité des vieillards. ; P.COURBON ; 1923 Tome I pp 12 à 20 [Mémoire original]
- /34/ Involution mentale sénile et paranoïa chez une vieille femme de 87 ans. ; COURBON ; 1927 Tome II pp 196-197 [Société de Psychiatrie]
- /35/ La démence (Les variétés cliniques de la démence) ; G.J.TROCHINE ; 1928 Tome I pp 400 à 405 [Mémoire original]
- /36/ Incontinence mentale sénile et réactions mystificatrices de défense de l'entourage. ; P.COURBON ; 1930 Tome II pp 58 à 64 [Société médico-psychologique]
- /37/ Démence sénile avec méningiome latent. ; GOURIOU et SCHERRER ; 1936 Tome II pp 831 à 835 [Société médico-psychologique]
- /38/ Paralysie générale sénile et démence organique (ramollissements cérébraux par athérome et ramollissements bulbaires par endartérite spécifique) ; L.MARCHAND et H.BEAUDOUIIN ; 1936 Tome II pp 73 à 77 [Société médico-psychologique]
- /39/ La démence sénile sans athérome cérébral (Ses rapports avec la maladie d'ALZHEIMER et la maladie de PICK. Considérations sur les encéphaloses.) ; L.MARCHAND ; 1937 Tome I pp 689 à 735 [Mémoire Original]
- /40/ La maladie de PICK, la maladie d'ALZHEIMER et la démence sénile sans athérome cérébral sont-elles les trois modalités d'un même processus dégénératif? ; L.MARCHAND , R.ANGLADE , J.FRETET , M.ROUGEAN , P.ROYER ; 1938 Tome II pp 249 à 255 [Société médico-psychologique]
- /41/ Etude systématique de la circulation rétinienne chez un groupe de déments séniles ou pré-séniles. ; BARGUES , CORCELLE , BERTHON ; 1938 Tome I pp 433 à 450 [Mémoire Original]
- /42/ De certaines altérations cylindraxiles dans la démence sénile. ; P.DIVRY ; 1934 Tome II pp 859 [Société belge de Médecine mentale]
- /43/ La dégénérescence fibrillaire d'ALZHEIMER. ; P.DIVRY ; 1934 Tome I pp 789 [Société belge de Neurologie]
- /44/ A propos des lésions du cerveau sénile. ; P.DIVRY ; 1935 Tome II pp 308 [Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française]
- /45/ De la nature des altérations cylindraxiles au niveau des plaques séniles. ; P.DIVRY ; 1935 Tome I pp 862 [Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie]
- /46/ Les plaques séniles et la dégénérescence d'ALZHEIMER sont-elles essentielles de la démence sénile? ; P.DIVRY ; 1935 Tome I pp 822 [Société belge de Médecine mentale]
- /47/ Le problème des plaques séniles. ; P.DIVRY ; 1938 Tome II pp 447 [Congrès Hollando-Belge de Neurologie et de Psychiatrie]

- /48/ A propos de certaines particularités de la dégénérescence cellulaire d'ALZHEIMER. ; P.DIVRY ; 1940 Tome I pp 470 [Société de Médecine mentale de Belgique]
- /49/ Histopathologie de la démence sénile. ; FERRER Y CAGICAL; DIEGO-FERRER ; 1933 Tome I pp 258-259 [Revista de Medicina legal, Criminologia y Psiquiatria forense]
- /50/ Recherches sur l'origine des plaques séniles dans le cortex cérébral. ; L.MARCHAND ; 1933 Tome I pp 525-526 [Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.]
- /51/ Etudes colloïdo-chimiques des altérations tissulaires séniles et préséniles. Le syndrome hystérique comme forme de réaction cérébrale. ; A.VON BRAUNMUHL ; 1933 Tome II pp 599 [Zeitsch.f.d.ges.Neur.und Psych.]
- /52/ Impulsion au suicide chez un vieillard épileptique. ; P.COURBON , S.ROUSSET ; 1936 Tome I pp 766 à 770 [Société médico-psychologique]
- /53/ Syndrome obsessionnel pur symptomatique d'une involution sénile. ; LAIGNEL LAVASTINE , GALLOT , MIGNOT ; 1937 Tome II pp 512 à 515 [Société médico-psychologique]
- /54/ Paralyse générale à forme presbyophrénique. ; R.SUTTEL ; 1940 Tome I pp 55 à 57 [Société Médico-Psychologique]
- /55/ Paralyse générale sénile à forme presbyophrénique. ; LAIGNEL-LAVASTINE , P.NEVEU , S.JOUANNAIS ; 1942 Tome II pp 117 à 119 [Société Médico-Psychologique]
- /56/ Le syndrome de l'astéréognosie spasmodique des vieillards. ; J.LHERMITTE; VOTO-BERNANES ; 1940 Tome II pp 62 [Société de Neurologie de Paris]
- /57/ Les chorées des vieillards. ; R.PAULY ; 1940 Tome II pp 177-178 [L'Encéphale]
- /58/ Sur un cas de tremblement sénile. ; A.THOMAS; J.DE AJURIAGUERRA ; 1942 Tome I pp 53-54 [Société de Neurologie de Paris]
- /59/ Les altérations des vaisseaux dans la myo-sclérose sénile et leur similitude avec les lésions vasculaires des myopathies primitives. ; J.LHERMITTE; J.DE AJURIAGUERRA ; 1942 Tome II pp 125 [Société de Neurologie de Paris]
- /60/ Les épilepsies tardives et séniles. ; L.MARCHAND , J DE AJURIAGUERRA ; 1945 Tome I pp 305 à 331 [Mémoire original]
- /61/ Sur les troubles de la psycho-motilité chez le vieillard. ; J.LHERMITTE , H.HECAEN ; 1942 Tome II pp 62 à 70 [Société Médico-Psychologique]
- /62/ L'involution mentale sénile. ; P.COURBON ; 1940 Tome II pp 169-170 [Journal de psychologie normale et pathologique]
- /63/ Réflexions sur la psychologie de la sénescence. ; J.DUBLINEAU ; 1948 Tome I pp 323 à 329 [Société Médico-Psychologique]
- /64/ Les vertiges du vieillard. ; RISER; COUADAU; PLANQUES ; 1944 Tome I pp 305-306 [Société de médecine,chirurgie et pharmacie de Toulouse]
- /65/ Altération vasculaire de nature apparemment dysorique intéressant électivement certains vaisseaux corticaux chez des personnes âgées. ; F.MOREL ; 1946 Tome II pp 270-271 [Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française]
- /66/ Les vieillards aux Etats-Unis. ; ; 1949 Tome II pp 248 [La Presse Médicale]
- /67/ Des facteurs biologiques et sociaux dans le phénomène de l'accroissement du nombre des vieillards dont l'intelligence décline dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine. ; P.A.CHATAGNON, KLEIN-LEVY ; 1951 Tome II pp 196 à 198 [Société Médico-Psychologique]
- /68/ Quelques réflexions sur les problèmes de la vieillesse. ; R.BRIAU ; 1952 Tome I pp 210 à 213 [Société Médico-Psychologique]
- /69/ L'internement abusif des vieillards. ; J.BENOISTON, GEST, CREACH ; 1955 Tome II pp 53 à 59 [Société Médico-Psychologique]
- /70/ Les hôpitaux psychiatriques sont-ils encombrés par les vieillards? ; L.KOLB ; 1956 Tome II pp 911 [The American Journal of Psychiatry]
- /71/ L'assistance aux vieillards "difficiles". ; M.ZABOROWSKI, M.BONVALET ; 1957 Tome I pp 284 à 295 [Mémoire original]
- /72/ Problèmes d'adaptation au cours de la vieillesse. ; E.MINKOWSKI ; 1950 Tome II pp 689 [La semaine des hôpitaux de Paris]

- /73/ De la longévité intellectuelle. Considérations anatomo-biologiques. ; L.MARCHAND ; 1953 Tome II Num 5 pp 617 à 636 [Mémoire original]
- /74/ Etude psychologique d'un homme de 106 ans. Contribution aux concepts dynamiques de la vieillesse et de la démence. ; D.B.SCHUSTER ; 1954 Tome I pp 254 [The American Journal of Psychiatry]
- /75/ Recherches sur les conditions psycho-affectives de la défaillance psychique du vieillard. ; J.POSTEL; M.RANCOULE; M.POSTEL ; 1958 Tome II pp 587-588 [Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française]
- /76/ Maladie d'ALZHEIMER et artériosclérose cérébrale associées. ; L.MARCHAND, J.RONDEPIERRE, P.HIVERT ; 1951 Tome II pp 198 à 201 [Société Médico-Psychologique]
- /77/ Etude sur l'hérédité de la démence sénile. ; G.FLUCHINO ; 1953 Tome II pp 725 [Il Cervello]
- /78/ La vieillesse des schizophrènes. ; M.BARUCCI ; 1956 Tome I pp 491 [Rassegna di studi psichiatrici]
- /79/ Recherches sur le comportement de la glie du chiasma et des nerfs optiques chez les déments séniles et les artérioscléreux et chez les animaux en âge avancé. ; G.LEONI ; 1955 Tome II pp 546 [Rassegna di studi psichiatrici]
- /80/ La vie du dément sénile. Analyse de quelques éléments significatifs. ; A.ACHAINTE; H.BONHOMME ; 1957 Tome I pp 540 [Société de neuro-psychiatrie de la région lyonnaise]
- /81/ De la capacité des ventricules cérébraux en fonction de l'âge et la présence de plaques séniles et d'altérations d'ALZHEIMER. ; F.MOREL; E.WILDI ; 1954 Tome I pp 413-414 [Archives suisses de neurologie et de psychiatrie]
- /82/ Sur deux cas de démence sénile présentant le tableau histopathologique de l'angiopathie dysorique. ; G.DONEGANI; D.SCHIFFER ; 1958 Tome I pp 760 [Note e Rivista de Psichiatria]
- /83/ Etude de la désorientation spatiale dans l'affaiblissement mental artérioscléreux et dans l'affaiblissement sénile. ; M.ANDERSON ; 1958 Tome I pp 569 [Il Lavoro Neuropsichiatrico]
- /84/ Rôle de l'émotion et de l'anxiété morbide dans l'apparition de manifestations somatiques chez deux séniles. Etude clinique et biologique. ; P.A.CHATAGNON, P.JEANNEAU, NICOLAS-CHARLES, C.CHATAGNON ; 1954 Tome II pp 183 à 191 [Mémoire original]
- /85/ Nouvelles recherches sur la biologie de la démence sénile. ; C.PARHON-STEFANESCU, E.PREDA, F.MEIU ; 1959 Tome I pp 425 [Neurologia, Psichiatria, Neurochirurgia]
- /86/ Le liquide céphalo-rachidien chez les déments séniles. ; B.ALBANESE ; 1959 Tome I pp 424-425 [Rassegna di Studi Psichiatrici]
- /87/ Investigations sur les constatations électroencéphalographiques dans la démence présénile. ; D.W.LIDDELL ; 1959 Tome I pp 416 [Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry]
- /88/ Sur la valeur diagnostique de la pneumo-encéphalographie à la Bingel dans la démence sénile et dans les démences préséniles. ; V.DEL GRECO ; 1957 Tome II pp 601 [Rassegna di Studi Psichiatrici]
- /89/ Les complications psychotiques des démences organico-séniles. Possibilités thérapeutiques. ; M.HACQUARD; J.MERCIER ; 1955 Tome I pp 296 [Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy]
- /90/ Du traitement électroconvulsif chez les malades âgés. ; R.EHRENBERG; M.GULLINGSRUD ; 1956 Tome I pp 348 [The American Journal of Psychiatry]
- /91/ Mélancolie involutive et thérapeutique convulsive. ; I.L.FISHBEIN ; 1951 Tome II pp 490 [The American Journal of Psychiatry]
- /92/ Action des électro-chocs dans la psychose maniaco-dépressive et dans la mélancolie d'involution. Etude statistique. ; H.EY, J.BURGUET ; 1952 Tome I pp 214 à 219 [Société Médico-Psychologique]
- /93/ Hormonothérapie dans la démence sénile. ; J.RONDEPIERRE, G.BARON ; 1951 Tome II pp 208 à 211 [Société Médico-Psychologique]
- /94/ Testostérone et démence sénile, à propos d'une observation antérieurement publiée. ; J.RONDEPIERRE, G.BARON, A.HUGELIN ; 1953 Tome I pp 644 à 646 [Société Médico-Psychologique]

- /95/ Intérêt de l'hormone somatotrope dans les psychoses de la sénilité. Premiers résultats. ; M.VERMOREL; H.VERMOREL; F.GROUSSIÉ ; 1958 Tome II pp 599 [Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française]
- /96/ Glandes endocrines et sénescence. ; C.LAROCHE ; 1955 Tome I pp 869 [Association française de biologie médicale]
- /97/ Cytochrome C: résultats de son administration intraveineuse dans les états cérébraux préséniles et artério-scléreux. ; R.W.GARNETT; W.O.KLINGMAN ; 1953 Tome I pp 588 [The American Journal of Psychiatry]
- /98/ Traitement des psychoses de la sénilité par l'acide nicotinique. ; I.GREGORY ; 1954 Tome I pp 422 [The American Journal of Psychiatry]
- /99/ De l'acide nucléique chez les vieillards présentant un affaiblissement de la mémoire. ; E.CAMERON ; 1958 Tome II pp 1092 [The American Journal of Psychiatry]
- /100/ Sur l'emploi de l'A.T.P dans quelques maladies neuropsychiatriques de l'âge avancé. Observations cliniques et électro-encéphalographiques. ; G.MARS; M.MORPUGO; B.SEVERGNINI ; 1958 Tome II pp 202-203 [Giornale di Gerontologia]
- /101/ Recherches sur le traitement préventif et curatif des phénomènes de la vieillesse. L'action de la novocaïne comme facteur eutrophique et rajeunissant. ; C.I.PARHON; A.ASLAN ; 1959 Tome I pp 994-995 [Revue des sciences médicales]
- /102/ Le choc à l'aneurine, réaction d'intolérance de type anaphylactique chez une alcoolique chronique sénile. ; P.A.CHATAGNON, M.GARNIER, P.CHANOIT ; 1952 Tome II pp 685 à 689 [Société Médico-Psychologique]
- /103/ Encéphalite à forme hémiplegique après vaccination jennérienne chez un homme de 69 ans. ; A.G.MANCEAUX; J.SUTTER; Y.PELICIER; G.PASCALIS ; 1956 Tome II pp 485 [Société d'oto-neuro-ophtalmologie d'Alger]
- /104/ Action thérapeutique sur la turbulence des vieillards et des enfants d'une association de dérivé bromé d'hydantoïne et de phénobarbital. ; J.Y.ACHALLE, P.ACHALLE, A.FADEUILHE ; 1957 Tome I pp 928 à 932 [Société Médico-Psychologique]
- /105/ Lobotomie après trois ans d'évolution d'un délire de persécution. Mécanisme interprétatif chez un artério-scléreux de 75 ans interné. Guérison maintenue depuis 15 mois. ; A.BROUSSEAU; J.LE BEAU ; 1951 Tome II pp 363 [Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.]
- /106/ De l'infiltration du ganglion stellaire dans les psychoses organiques des personnes âgées. ; J.HABER ; 1956 Tome I pp 350 [The American Journal of Psychiatry]
- /107/ Administration intrathécale d'hyaluronidase; ses effets sur le comportement troublé de malades séniles et artérioscléreux. ; E.CAMERON; L.LEWY; W.HUNZINGER ; 1958 Tome I pp 201-202 [The American Journal of Psychiatry]
- /108/ Evolution des chronaxies vestibulaires de l'âge adulte à la vieillesse. ; G.BOURGUIGNON; F.BOURLIERE ; 1953 Tome I pp 721 [Bulletin de la Société de biologie]
- /109/ Etude neurologique de quinze nonagénaires. ; P.GRAUX; B.STEENHOUWER; M.BEAUSSART; M.DOUCHEZ ; 1959 Tome II pp 726 [Société Française de Neurologie]
- /110/ L'électroencéphalogramme chez les sujets âgés. ; G.MENGOLI ; 1954 Tome I pp 616 [Rivista di neurologia]
- /111/ L'électro-encéphalogramme chez des personnes âgées de plus de soixante ans. ; O.SAGER; J.DROCAN; E.BROSTEANU ; 1959 Tome II pp 772-773 [Studii si Cercetari de Neurologie]
- /112/ Observations sur l'épilepsie de l'âge avancé. ; F.SAL Y ROSAS ; 1951 Tome II pp 372-373 [Revista de la Sanidad de Policia]
- /113/ Données cliniques et électro-encéphalographiques dans cent cas d'épilepsie de l'âge tardif et involutif. ; P.SARTESCHI; R.ARDITO ; 1957 Tome I pp 566 [Rivista di Neurobiologia]
- /114/ Chorée sénile d'apparition très tardive et comitialité associées; anomalies oculaires. ; J.FLAMANT; D.TOUSSAINT; P.VAN REETH ; 1957 Tome II pp 322-323 [Société belge de Neurologie]
- /115/ A propos de la nosographie de la chorée sénile. ; J.FLAMANT ; 1958 Tome I pp 377 [Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica]

- /116/ A propos du traitement des hémipariés vasculaires de l'adulte et du vieillard. ; P.MOUREN ; 1953 Tome II pp 761 [Marseille-médical]
- /117/ Les défaillances psychiques du vieillard. ; J.POSTEL, M.RANCOULE, M.POSTEL, M.LUKSEMBERG ; 1961 Tome I pp 877 à 908 [Mémoire original]
- /118/ La prévention des défaillances psychiques du vieillard. ; J.POSTEL, M.RANCOULE, M.POSTEL, M.LUKSEMBERG ; 1961 Tome II Num 5 pp 833 à 846 [Mémoire original]
- /119/ Lignes fondamentales pour l'établissement du problème clinico-assistantiel psychogériatrique. ; A.M.FIAMBERTI ; 1961 Tome I pp 820-821 [Symposium international sur les aspects médico-sociaux des affections nerveuses séniles.]
- /120/ Contribution à l'étude du placement des vieillards dans les hôpitaux psychiatriques. ; Cl.MOUZET ; 1962 Tome I pp 851 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /121/ Contribution à la gériatrie psychiatrique, enquête préliminaire menée dans le département de la Loire sur les conditions socio-économiques de l'internement du vieillard. ; G.GAUDIN ; 1964 Tome I Num 4 pp 660-661 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /122/ Une incidence de la retraite forcée: l'autothanasie. L'assistance aux personnes âgées. ; P.A.CHATAGNON, C.CHATAGNON, M.O.WILKIN ; 1960 Tome II pp 891 à 905 [Mémoire original]
- /123/ Le travailleur intellectuel au troisième âge. ; P.A.CHATAGNON ; 1962 Tome II pp 386 à 394 [Mémoire original]
- /124/ Quelques données sur les attitudes, dans la vieillesse, à l'égard de la profession qui fut exercée au cours de la vie et à l'égard de la profession rêvée dans la jeunesse. ; S.PACAUD; M.O.LAHALLE ; 1963 Tome I pp 318 [L'hygiène mentale]
- /125/ Le socio-diagnostic en Géronto-psychiatrie. ; M.LECONTE ; 1963 Tome I Num 3 pp 391 à 426 [Mémoire original]
- /126/ Considérations anatomo-clino-génétiques sur les troubles mentaux des personnes âgées. ; L.MARCHAND ; 1963 Tome II Num 2 pp 161 à 179 [Mémoire original]
- /127/ Etude des facteurs étiologiques, médicaux et sociaux de l'hospitalisation des malades âgés dans les services de Psychiatrie. ; R.BOUQUET ; 1963 Tome I Num 4 pp 549 à 562 [Mémoire original]
- /128/ L'hérédité des démences de l'âge avancé. ; J.CONSTANTINIDIS; G.GARRONE; J. DE AJURIAGUERRA ; 1963 Tome I pp 742 [L'encéphale]
- /129/ L'influence de la culture sur la détérioration mentale chez les individus de plus de soixante ans. ; C.MENOZZI; G.SCARLATTO ; 1961 Tome I pp 398 [L'Ospedale Psichiatrico]
- /130/ Etude anatomo-clinique d'un cas de maladie d'ALZHEIMER. ; P.BERTRAN ; 1963 Tome II Num 2 pp 295-296 [Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo]
- /131/ Démence sénile (étude clinique, socio-médicale et génétique). ; T.RARSSON; T.SJÖGREN; G.JACOBSON ; 1964 Tome I Num 3 pp 498-500 [Munksgaard]
- /132/ Contribution à l'étude des problèmes géronto-psychiatriques. ; M.COTTIN ; 1963 Tome I pp 620-621 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /133/ Les démences tardives. ; J.DELAY; S.BRION ; 1963 Tome I pp 503-505 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /134/ Maladie de Pick dans l'âge avancé. ; J.K.BINNS; E.E.ROBERTSON ; 1963 Tome I pp 312 [The Journal of Mental Science]
- /135/ Activités motrices stéréotypées dans les démences du grand âge. ; J.DE AJURIAGUERRA, A.REGO, R.TISSOT ; 1963 Tome I Num 5 pp 641 à 664 [Mémoire original]
- /136/ La pérennité de "l'instinct" maternel au cours de la dégradation mentale. Les "vieilles aux poupées". ; P.A.CHATAGNON, C.CHATAGNON, D.MORTIER, P.LEGEMBRE, J.CASTEL ; 1962 Tome II pp 561 à 566 [Société Médico-Psychologique]
- /137/ Sur un cas de démence pseudo-sénile révélatrice d'un anévrysme intracranien. ; FAU; CHATEAU; DUSSERE-TELMON ; 1961 Tome I pp 587-588 [Société de neuro-psychiatrie médico-sociale de la région lyonnaise]
- /138/ Gliome temporo-occipital droit simulant une maladie d'ALZHEIMER. ; B.SCHOTT; L.MANSUY; A.FROMENT; Ch.BOURRAT ; 1963 Tome II Num 5 pp 800 [Société de neuro-psychiatrie médico-sociale de la région lyonnaise.]

- /139/ Maladie d'ALZHEIMER tardive avec symptômes d'apparence focale par prédominance régionale. ; P.GUIRAUD, J.J.RONDEPIERRE, R.ROPERT, J.BERGES ; 1961 Tome I pp 732 à 735 [Société Médico-Psychologique]
- /140/ Quelques particularités de l'activité électrique du cerveau dans la sénilité et l'athéro-sclérose. ; L.Y.MINTZ; N.L.GORBATCH ; 1964 Tome II Num 5 pp 800-801 [Korsakoff]
- /141/ La signification clinique du tracé électroencéphalographique de la maladie d'ALZHEIMER. ; M.A.FORTIN ; 1967 Tome I Num 3 pp 471 [Acta neurol. et psychiat. belg.]
- /142/ L'électroencéphalogramme dans les démences préséniles. ; E.B.GORDON; M.SIM ; 1968 Tome I Num 3 pp 488 [Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry]
- /143/ Les tests mentaux en Géronto-psychiatrie. ; A.CALANCA ; 1964 Tome II Num 1 pp 21 à 28 [Mémoire original]
- /144/ Protéines sériques dans les différentes démences de l'âge avancé. ; J.CONSTANTINIDIS ; 1960 Tome II pp 129 à 136 [Mémoire original]
- /145/ Réflexions suggérées par le problème des syndromes déficitaires en Gérontologie. ; J.Y.MORIN, M.AVE, F.GAUDILLAT ; 1966 Tome I pp 725 à 728 [Société Médico-Psychologique]
- /146/ Les psychoses affectives de l'âge involutif (contribution clinico-statistique). ; P.SARTESCHI ; 1962 Tome II pp 607-608 [Rivista di neurobiologia]
- /147/ Aspects de la régression sénile. ; W.H.GILLESPIE ; 1964 Tome I Num 2 pp 345 [British Journal of Medical Psychology]
- /148/ Pensée et peur de la mort chez les vieillards atteints de troubles mentaux. Etude de 110 cas. ; G.ABRAHAM ; 1963 Tome I pp 322 [Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie]
- /149/ Paraphrénie, mélancolie et psychonévroses dans le préseium et la sénilité. ; H.SJÖGREN ; 1965 Tome II Num 4 pp 554-555 [Munksgaard]
- /150/ Structure et morphologie des psychonévroses de la vieillesse. ; C.CITTERIO; M.VACCHINI ; 1966 Tome I Num 3 pp 469-470 [Giornale di Gerontologia]
- /151/ Du suicide chez les sujets âgés. ; P.SAINSBURY ; 1961 Tome II pp 812 [Proceedings of the Royal Society of Medicine]
- /152/ Etats mélancoliques de l'âge avancé avec syndrome de Cotard. ; I.G.CHOUMSKI ; 1963 Tome I pp 510-511 [Korsakoff]
- /153/ Etude clinico-électro-encéphalographique de malades atteints de dépression circulaire à l'âge avancé. ; F.A.LEIBOVITCH; I.G.CHOUMSKI ; 1964 Tome II Num 5 pp 804-805 [Korsakoff]
- /154/ Sur quelques tableaux très fréquents de dépression circulaire de l'âge avancé. ; N.G.CHOUMSKI ; 1965 Tome II Num 1 pp 123-124 [Korsakoff]
- /155/ Sur la clinique de la mélancolie d'involution, études catamnestiques ; N.G.CHOUMSKI; T.N.MOROZOVA ; 1968 Tome I Num 1 pp 153-154 [J. de neuropath. et de psychiat. S.S. Korsakoff]
- /156/ Les syndromes dysthymiques de l'âge involutif. ; R.BALSANTI; A.DI MONTE ; 1968 Tome I Num 4 pp 650-651 [Folio neuropsychiatrica]
- /157/ Les états confusionnels de la sénilité ; A.KENNEDY ; 1960 Tome I pp 373 [Gornale di Gerontologia]
- /158/ Sur les tableaux morbides fantastiques paranoïdo-hallucinatoires de l'âge avancé. ; B.BERGMANN ; 1961 Tome I pp 603 [Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie]
- /159/ De l'assassinat comme réaction à des idées paranoïdes au cours des psychoses involutives: sa prévention. ; J.LANZKRON ; 1962 Tome I pp 858 [The American Journal of Psychiatry]
- /160/ Les phobies et les obsessions séniles. ; L.AGOSTINI; R.PAPESCHI ; 1964 Tome II Num 3 pp 458 [Annali di neurologia e psichiatria]
- /161/ Etats délirants et hallucinatoires d'allure chronique apparus après 70 ans. ; J.ALLIEZ; J.SORNANI ; 1966 Tome I Num 1 pp 114 [Société de psychiatrie de Marseille et du Sud-Est méditerranéen]

- /162/ A propos d'un cas de délire zoopathique chez une octagénaire. ; J.ALLIEZ; P.GUIN; R.TRUPHEME ; 1966 Tome II Num 5 pp 695 [Société de psychiatrie de Marseille et du Sud-Est méditerranéen]
- /163/ Sur l'étiologie et la pathogénèse des psychoses dites "involutives". ; L.KORZENIOWSKI ; 1964 Tome I Num 4 pp 595 à 598 [Mémoire original]
- /164/ Rapports entre les modifications du sommeil et les psychonévroses dans l'âge avancé. ; E.PETRUZZI; A.PARRINI ; 1968 Tome I Num 2 pp 335 [Giornale di Gerontologia]
- /165/ Contribution à l'étude de l'activité onirique chez les vieillards. ; G.ABRAHAM ; 1963 Tome II Num 2 pp 201 à 210 [Mémoire original]
- /166/ Conservation de la santé mentale chez le vieillard et prévention des psychopathies à l'âge présénile et sénile. ; E.GREPPI; A.ZILLI ; 1962 Tome II pp 604-605 [Archivio di medicina mutualistica]
- /167/ Contribution à l'étude du sommeil chez les personnes âgées. ; J.R.DUMAS ; 1960 Tome I pp 367-368 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /168/ Artério-sclérose et sommeil. Etude du sommeil de nuit du vieillard âgé de plus de quatre-vingts ans. ; P.PASSOUANT; L.BERTRAND; M.DELANGE; M.BALDY-MOULINIER; P.CABANAC; B.DESCOMPS ; 1963 Tome II pp 624 [Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse]
- /169/ L'analyse des électro-encéphalogrammes d'endormissement et de sommeil, recherches sur la profondeur du sommeil chez des jeunes femmes et chez des femmes âgées. ; K.VETTER; W.BÖKER ; 1964 Tome II Num 3 pp 448-449 [Psych. Neurol. Basel.]
- /170/ Etude neurologique du vieillard de plus de 90 ans. ; M.DOUCHEZ ; 1961 Tome II pp 1000-1001 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /171/ Etudes chez le sujet âgé du tonus et de l'excitabilité du système nerveux végétatif. ; S.A.MEMLO ; 1963 Tome II pp 303 [Giornale di Gerontologia]
- /172/ Contribution à l'étude du fond d'oeil chez le vieillard. ; N.MALAGIE ; 1962 Tome II pp 433-434 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /173/ Etudes cliniques du vieillissement. ; M.ALBEAUX-FERNET ; 1962 Tome I pp 659-660 [Revue de Médecine]
- /174/ Gérontologie et gériatrie. ; L.BINET ; 1962 Tome II pp 160-162 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /175/ Réflexions à propos de la diététique de certains hospitalisés en service de gérontopsychiatrie. ; J.BLANDIN; A.CHABANET ; 1965 Tome I Num 5 pp 837-838 [Société de neuro-psychiatrie et de psycho-clinique de Clermont-Ferrand]
- /176/ Données statistiques tirées de l'étude des protéinogrammes et des glycoprotéinogrammes du sang par électrophorèse sur papier chez 100 vieillards de 70 à 91 ans. ; C.CHATAGNON, P.A.CHATAGNON ; 1960 Tome II pp 138 à 141 [Société Médico-Psychologique]
- /177/ Les réactions de BORDET-WASSERMANN non spécifiques chez les personnes âgées. ; C.CHATAGNON, P.A.CHATAGNON ; 1963 Tome II pp 421 à 424 [Société Médico-Psychologique]
- /178/ L'attaque circulatoire aigüe de l'encéphale du vieillard. ; C.BERLUCCHI; G.M.KAUCHTSCHISWILI ; 1964 Tome I Num 4 pp 685-686 [Giornale di Gerontologia]
- /179/ Pression artérielle, cercle cérébral et vieillesse, considérations sur 474 cas d'insuffisance circulatoire cérébrale. ; G.FERLIGA ; 1967 Tome II Num 3 pp 486 [Giornale di Gerontologia]
- /180/ Accidents vasculaires cérébraux aigüs et éthyliisme chronique à l'âge avancé. ; B.BAGOZZI ; 1967 Tome II Num 2 pp 349 [Giornale di Gerontologia]
- /181/ Catamnèse des malades ayant subi un ictus dans l'âge avancé et dans la sénilité. ; A.M.ILLARIONOV ; 1968 Tome I Num 2 pp 341-342 [J. de neuropath. et de psychiat. S.S. Korsakoff]
- /182/ Réhabilitation médicale et physio-kinésithérapique de la vessie atonique dans les encéphalopathies vasculaires du vieillard. ; S.A.MEMEO; E.PACIARONI; G.VITALI ; 1968 Tome I pp 342 [Giornale di Gerontologia]

- /183/ Psychoses et psychopathies dans les hémipariés par ictus cérébral dans le pré-sénium et la sénilité: notre expérience clinique. ; G.MARTINI; S.SARACCO ; 1968 Tome I Num 2 pp 333 [Giornale di Gerontologia]
- /184/ Aspects médico-sociaux de la réhabilitation des sujets atteints de lésion neurologique dans la sénilité. ; M.RICCA; C.SPIGAI; N.CHIRIATTI; M.ZUCCHINI ; 1965 Tome I Num 4 pp 684 [Giornale di Gerontologia]
- /185/ Réhabilitation des hémipariés par attaque vasculaire cérébrale dans le pré-sénium et la sénilité, notre expérience clinique. ; G.MARTINI; C.SARACCO ; 1966 Tome II Num 2 pp 272 [Giornale di Gerontologia]
- /186/ Alcoolisme et épilepsie tardive. ; C.PIZZEDAZ ; 1967 Tome II pp 348 [Giornale di Gerontologia]
- /187/ Craniopharyngiome chez les sujets d'un certain âge. ; R.RUSSEL; J.B.PENNYBACKER ; 1961 Tome II pp 410 [Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry]
- /188/ Craniopharyngiome chez une malade âgée; précession d'une psychose hallucinatoire. ; R.PAULY; M.GOT; FENELON; GIRARD ; 1963 Tome II pp 107 [Société de neuropsychiatrie de Bordeaux]
- /189/ Paralyse générale et plaques séniles. ; C.D'ANGELO; D.MERIGLIANO ; 1962 Tome II pp 793 [Il lavoro neuropsichiatrico]
- /190/ Aspects particuliers de certaines manifestations précoces lors de traumatismes crâniocérébraux survenus chez des sujets âgés. ; R.P.VIGOUROUX; R.NAQUET; H.GASTAUT; C.BAURAND; M.CHOUX; L.CANNONI; M.VIGOUROUX ; 1967 Tome I Num 4 pp 602 [Société française de neurologie]
- /191/ Dyskinésies bucco-linguales réversibles des personnes âgées. ; P.GRAUX; G.ARNOTT; H.PETIT; B.PIQUET ; 1969 Tome II Num 5 pp 708 [Société française de neurologie]
- /192/ Recherches sur les facteurs de myélopathie sénile. ; R.P.GRAUX; G.BIZERTE; G.GNAZZI; B.STEENHOVER; M.CLAMOUR ; 1966 Tome II Num 1 pp 111 [Société française de neurologie]
- /193/ Aux confins entre la neurologie et la gérontologie: un cas de pseudo-sclérose en plaques de myélopathie par spondylose cervicale. ; G.TASSINARI ; 1964 Tome II Num 1 pp 150 [Giornale di Gerontologia]
- /194/ La neuropatia diabetica in età senile. ; G.M.KAUCHTSCHISWILI ; 1967 Tome I Num 4 pp 652-653 [Giornale di Gerontologia]
- /195/ Le syndrome de CHARLES BONNET: hallucinations visuelles des vieillards sans déficience mentale. ; G.DE MORSIER ; 1967 Tome II Num 5 pp 677 à 699 [Mémoire original]
- /196/ Hallucinations hémianopsiques chez des vieillards et le syndrome de CHARLES BONNET. ; C.G.ROUTSONIS ; 1969 Tome II Num 3 pp 309 à 316 [Mémoire original]
- /197/ Les escarres en géronto-psychiatrie. ; L.CHABANET ; 1966 Tome I Num 1 pp 133-134 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /198/ Prophylaxie et traitement des escarres de decubitus en milieu gériatrique. ; G.BOTTECCHIA; F.PESARO; G.SALMERI ; 1968 Tome II Num 5 pp 777 [Giornale di Gerontologia]
- /199/ L'artérite temporale, cause fréquente de cécité chez les personnes âgées. Sept cas. ; P.ALMARIC; P.BESSOU ; 1965 Tome I Num 5 pp 831-832 [Société d'oto-neuro-ophtalmologie]
- /200/ L'influence de la glande thyroïde sur le vieillissement. ; M.MILCU; E.SEMEN; T.SPANDONIDE ; 1962 Tome I pp 1006-1007 [Revista de psicologia]
- /201/ Les drogues en Gériatrie et en Gériatrie psychiatrique. ; C.CHATAGNON, P.A.CHATAGNON ; 1962 Tome II pp 231 à 242 [Mémoire original]
- /202/ Effets de la thioridazine sur le comportement des femmes âgées en milieu d'hospice. ; P.DARDENNE; J.P.SOLEILHAVOUP ; 1961 Tome I pp 790 [Société de neurologie et de psychiatrie de Toulouse et du Sud-Ouest]
- /203/ Considérations sur l'usage de la thioridazine dans les troubles caractériels de la sénilité. ; R.OPPI; M.STELLA ; 1966 Tome I Num 3 pp 481 [Giornale di Gerontologia]
- /204/ Expériences avec un nouveau médicament chez les personnes âgées d'un centre gériatrique. ; R.CANEPA; G.VERNAZZA ; 1966 Tome II Num 2 pp 274 [Giornale di Gerontologia]

- /205/ Le benzpéridol dans les états d'agitation en Neurologie, Psychiatrie et Gériatologie. ; G.MILETTO, J.J.SACCO ; 1963 Tome II pp 228 à 235 [Société Médico-Psychologique]
- /206/ Un nouveau neuroleptique en psychiatrie gériatrique: la propériciazine. ; G.MARS; A.NECCHI DELLA SILVA ; 1964 Tome II Num 5 pp 828 [Giornale di Gerontologia]
- /207/ L'utilisation de l'orphénadrine chez les patients psychiatriques âgés. ; R.A.ROBINSON ; 1961 Tome I pp 792-793 [Sociétés belges de médecine mentale et de neurologie]
- /208/ Etude clinique sur l'action conjuguée de l'orphénadrine et de la thiopropérazine: correction du syndrome d'imprégnation neuroleptique et synergie thérapeutique. ; J.RUDRAUF; C.CHALLOU ; 1961 Tome I pp 794 [Sociétés belges de médecine mentale et de neurologie]
- /209/ L'action psychoanaleptique du disipal dans le syndrome neuroleptique et la dépression sénile. ; L.FOUKS ; 1961 Tome I pp 794 [Société belges de médecine mentale et de neurologie]
- /210/ Contribution à l'étude du chlorhydrate de méta-méthylamino-éthanol-phénol levogyre en milieu psychiatrique et son rôle en gériatrie. ; J.MANS; M.SENES ; 1965 Tome I Num 5 pp 826 [Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française]
- /211/ La Trimétozine en gériatrie hospitalière. ; J.B.MAUFERON; J.TRAYNARD; A.ACHAINTE ; 1967 Tome I Num 1 pp 135 [Société de neuro-psychiatrie médico-sociale de la région Lyonnaise]
- /212/ Etude clinique des indications de l'imipramine dans les troubles mentaux de la sénilité ou au cours de la sénescence. ; J.OCHINISKY, A.SOULAIRAC ; 1961 Tome II pp 899 à 908 [Mémoire original]
- /213/ Essais thérapeutiques du TOFRANIL 10mg chez les vieillards d'un service psychiatrique. ; J.MANS, J.CORNIL, D.AJZENBERG ; 1962 Tome II pp 57 à 70 [Mémoire original]
- /214/ L'imipramine en gériatrie. Indications et posologie. ; R.LANTER; J.P.HEINRICH ; 1960 Tome I pp 577 [Société Moreau de Tours]
- /215/ L'imipramine (Tofranil) à faibles doses en gériatrie mentale. ; J.BOBON; J.COLLARD; A.DEMARET ; 1962 Tome II pp 424 [Société de médecine mentale de Belgique]
- /216/ L'imipramine à doses faibles en gériatrie mentale. ; J.BOBON; J.COLLARD; A.DEMARET ; 1963 Tome I pp 350 [Acta neurologica et psychiatrica belgica]
- /217/ Contribution à l'étude du traitement des formes dépressives de la sénilité par un dérivé imino-dibenzilique ; L.MAZZONI; C.DE BALMA ; 1962 Tome I pp 649 [Giornale di Gerontologia]
- /218/ Essai clinique de l'imipramine 10 mg en thérapeutique géronto-psychiatrique. ; H.BARUK; PECHENY ; 1963 Tome I pp 492 [Société Moreau de Tours]
- /219/ Etude sur l'application du Tofranil (10mg) dans un asile de vieillards. ; F.SANTIAGO-BARRIOS ; 1964 Tome II Num 2 pp 299 [Acta luso-esp. de Neur. y Psiq.]
- /220/ Action favorable du P.P.N.A (DURABOLIN) chez des malades atteintes de démence de la sénilité. ; J.LEYRITZ, C.CAPRON, H.CAPRON, F.SANCHEZ, M.TIMSIT ; 1961 Tome I pp 955 à 957 [Société Médico-Psychologique]
- /221/ Contribution à l'étude du traitement des formes neuropsychiatriques de l'âge sénile: la thérapeutique procainique. ; S.PIRO; G.DI CRISTO; B.GRASSI ; 1961 Tome II pp 233 [Rassegna di Neuropsichiatria]
- /222/ Les possibilités thérapeutiques de la novocaïne dans les psychoses séniles. ; E.PASCAL; P.C.BESUSSO ; 1962 Tome I pp 1027 [Neuropsichiatria]
- /223/ L'emploi en gériatrie d'un nouvel inhibiteur de l'acétylcholinestérase (Diéthyl-amino-éthoxycarbonyl-3-pyridine) ; A.ZILLI ; 1962 Tome II pp 471-472 [Giornale di Gerontologia]
- /224/ De l'intérêt du 53-11 (Euclidan) comme thérapeutique d'appoint en psychiatrie gériatrique. ; H.BOUTILLIER; R.CORSETTI; M.RAYBAUD; J.P.DUCAMIN ; 1963 Tome I pp 730 [Société de psychiatrie de Marseille et du Sud-Est méditerranéen]
- /225/ Effets de l'acide ribonucléique sur les troubles de la mémoire chez les vieillards. ; E.CAMERON; S.SVED; L.SOLYOM; B.WAINRIB; H.BARIK ; 1964 Tome I Num 4 pp 691 [The American Journal of Psychiatry]
- /226/ Etudes d'un autolysat de foie et de laitance de poisson dans les troubles psychiques de la sénilité. ; H.BARUK; CHOLLET ; 1966 Tome I Num 1 pp 127-128 [Société Moreau de Tours]

- /227/ Traitement de l'incontinence urinaire chez les vieillards. ; ZACCO; V.LA SELVA ; 1966 Tome II Num 1 pp 133 [Giornale di Gerontologia]
- /228/ Les effets des injections intraveineuses d'eau bidistillée sur l'agitation nocturne des vieillards. ; J.GUYOTAT; M.MARIE-CARDINE; M.FAVRE-TISSOT; C.LAVAUD ; 1966 Tome II Num 2 pp 231 [Société de neuro-psychiatrie médico-sociale de la région lyonnaise]
- /229/ Action du SUREPTIL dans les syndromes neuro-psychiques d'origine vasculaire et certaines psychoses d'involution. ; H.EY, F.BOARD ; 1967 Tome II pp 767 à 771 [Société Médico-Psychologique]
- /230/ Une thérapeutique d'appoint en géronto-psychiatrie: l'association d'un sulfamide avec un complexe vitaminique B, du calcium et de l'ascorbate de magnésium (Revilan). ; J.BLANDIN; C.BONNET ; 1967 Tome I Num 2 pp 294-295 [Société de neuro-psychiatrie et de psychologie clinique de Clermont-Ferrand]
- /231/ Expérimentation d'une sulfadiazine polyvitaminée dans un service de gériatrie psychiatrique. ; J.GURTLER ; 1967 Tome I Num 5 pp 781-782 [Société Moreau de Tours]
- /232/ Données de l'électro-encéphalographie au cours des maladies vasculaires cérébrales des personnes âgées et leurs modifications sous l'influence d'une thérapeutique sympatholytique, Hydergine. ; G.M.KAUCHTSCHISWILI ; 1967 Tome II Num 2 pp 352-353 [Giornale di Gerontologia]
- /233/ Premières observations sur un complexe phospholipides-cytochrome C en thérapeutique gériatrique. ; S.B. CURRIS; G.R. ZILLOTTO ; 1967 Tome II Num 2 pp 353-354 [Giornale di Gerontologia]
- /234/ Etude double-aveugle des effets de l'acide ribonucléique sur les affections cérébrales séniles. ; J.NODINE; M.SHULKIN; J.SLAP; M.LEVINE; K.FREIBERG ; 1967 Tome II Num 4 pp 668 [The American Journal of Psychiatry]
- /235/ Possibilités thérapeutiques des phospholipides cérébraux dans l'affaiblissement mental sénile et les séquelles de traumatismes crâniens. ; CRETALLAZ; GAILLARD ; 1968 Tome I Num 4 pp 619 [Société Moreau de Tours]
- /236/ L'usage de l'acide gamma-hydroxybutyrique chez des sujets âgés ayant des troubles neurologiques artérioscléreux, note préliminaire. ; E.BALDONI ; 1969 Tome II Num 2 pp 286 [Giornale di Gerontologia]
- /237/ Kinésithérapie au cours d'infirmités mentales chez les personnes du troisième âge. ; P.CHATAGNON, C.CHATAGNON, D.AJZENBERG, P.LEGEMBRE, D.MORTIER et CASTEL ; 1962 Tome II pp 270 à 276 [Société Médico-Psychologique]
- /238/ Rééducation de la fonction respiratoire chez le vieillard hémiparétique. ; G.MARTINI ; 1969 Tome I Num 2 pp 367-368 [Giornale di Gerontologia]
- /239/ Aspects psychologiques de la rééducation de la fonction respiratoire chez le vieillard. ; A.M.MADERNA ; 1969 Tome I Num 2 pp 367 [Giornale di Gerontologia]
- /240/ Possibilités et limites de la psychothérapie dans la sénilité. ; B.BISIO ; 1961 Tome II pp 235 [Annali di Neurologia e Psichiatria e Annali Ospedale Psichiatrico di Perugia]
- /241/ Quelques aspects psychologiques en chirurgie gériatrique. Malade et chirurgien face à l'intervention. ; P.MARASCHIO ; 1968 Tome I Num 2 pp 331 [Giornale di Gerontologia]
- /242/ Historique et aspects contemporains de la psychiatrie gériatrique. ; D.PETROVIC ; 1971 Tome II Num 2 pp 315-316 [Anali]
- /243/ La santé mentale des personnes âgées et l'action médico-sociale préventive de leurs troubles psychiques. ; ; 1973 Tome I Num 2 pp 301-302 [Troisième conférence internationale des sociétés d'aide à la santé mentale]
- /244/ Le vieillard et la mort. ; D.F.RAGUET ; 1975 Tome II Num 1 pp 218-219 [Neurologie et Psychiatrie]
- /245/ Le rejet social du quatrième âge. ; R.MUCCHIELLI ; 1976 Tome I Num 5 pp 808 [Psychologie médicale]
- /246/ Corrélations démographiques et sociales de l'hospitalisation gériatrique. ; H.E.ROSS; H.B.KEDWARD ; 1977 Tome I Num 4 pp 703 [Social Psychiat.]
- /247/ La retraite et les loisirs de l'adulte âgé. ; R.VEYLON ; 1978 Vol 136 Num 6-7-8 pp 983 [La Nouvelle Presse Médicale]

- /248/ Conclusions. ; ; 1977 Tome II Num 1 pp 207 [IVe Congrès international des Universités du Troisième Age.]
- /249/ Préparation à la vieillesse, plus qu'un simple problème médical. ; U.LEHR ; 1979 Vol 137 Num 5 pp 561-562 [Triangle, Journal Sandoz des Sciences médicales]
- /250/ Le secteur et les personnes âgées. ; P.AGUSSOL, G. et M.OSTAPTZEFF ; 1977 Num 4 pp 717 à 723 [Société Médico-Psychologique]
- /251/ Un programme communautaire pour les malades âgés d'un hôpital général. ; P.G.COTTON, A.BENE-KOCIEMBA, C.E.KELLY ; 1979 Num 1-2 pp 99 à 100 [Société Médico-Psychologique]
- /252/ Réflexions sur une analyse de 100 admissions récente dans le service de Gériatrie de la Clinique Psychiatrique Universitaire de GENEVE. ; Ph.BOVIER, P.GIACOBINO, Y.MOTTAZ, J.RICHARD ; 1974 Num 4 pp 495 à 514 [Mémoire original]
- /253/ Solitude des personnes âgées en milieu hospitalier. ; H.KRUK ; 1974 Tome II Num 5 pp 808 [La Nouvelle Presse Médicale]
- /254/ Une unité gériatrique moderne de l'Assistance publique. Le nouvel hôpital de "chroniques". ; Y.MEMIN ; 1974 Tome II Num 2 pp 361-362 [La Nouvelle Presse médicale]
- /255/ Le vieillard et l'institution. ; M.LAXENAIRE; D.BOZETTI ; 1976 Tome I Num 5 pp 807 [Psychologie médicale]
- /256/ L'attitude émotionnelle de l'équipe soignante en face des vieillards. ; G.GODA ; 1976 Tome II Num 2 pp 342-343 [Psychologie médicale]
- /257/ Problèmes posés par la mixité dans un pavillon de déments séniles. ; C.BONNET; G.PERRIOT; M.PLAS ; 1979 Vol 137 Num 9 pp 941 [Société de psychiatrie, neurologie et psychologie clinique du Centre Auvergne et Limousin]
- /258/ Psychogériatrie et médecine. ; COLONNA, RIBON ; 1973 Tome II pp 302 à 307 [Société Médico-Psychologique]
- /259/ L'étude des interactions sociales chez les déments de grand âge. ; A.S.LUKE ; 1973 Tome I Num 3 pp 349 à 395 [Mémoire original]
- /260/ Les conduites alimentaires dans les démences dégénératives ou mixtes à prédominance dégénérative du grand âge. ; J.DE AJURIAGUERRA, J.RICHARD, R.TISSOT, P.VENGOS, A.LUKE, A.M.RABOUD ; 1976 Tome II Num 2 pp 213 à 241 [Mémoire original]
- /261/ Microscopie électronique des cellules nerveuses du cerveau de l'homme dans les psychoses liées à l'involution de l'organisme ou l'accompagnant. ; L.S.GOLDIN; V.F.DEDOV ; 1970 Tome I Num 4 pp 660-661 [J. de Neuropath. et de Psychiat .S.S. Korsakoff]
- /262/ Sur les formes tardives de la maladie d'ALZHEIMER et ses rapports avec la démence sénile. ; H.LAUTER ; 1970 Tome II Num 2 pp 309-310 [Psychiat. clin.]
- /263/ Maladie d'ALZHEIMER chez des jumeaux homozygotes. ; R.HUNTER; A.D.DAYAN; J.WILSON ; 1973 Tome I Num 4 pp 568 [Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry]
- /264/ Journées postuniversitaires de gérontopsychiatrie. ; ; 1976 Tome I Num 5 pp 751-753 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /265/ Sur la signification des traumatismes cranio-cérébraux dans le développement de la maladie d'ALZHEIMER. ; Ts.B.KHAIME ; 1977 Tome I Num 5 pp 861 [J.de neuropath.et de psychiat. S.S.Korsakoff]
- /266/ Métabolisme cérébral de la dopamine et de la sérotonine au cours des maladies d'ALZHEIMER et de PICK. Etude dynamique par le test au probénécide. ; O.GUARD; B.RENAUD; G.CHAZOT ; 1977 Tome I Num 5 pp 856 [L'encéphale]
- /267/ Traitement de la maladie de PICK par l'EDTA. ; J.RICHARD; J.CONSTANTINIDIS; R.TISSOT ; 1979 Vol 137 Num 5 pp 550 [La Nouvelle Presse Médicale]
- /268/ Contribution à l'interprétation structurale des dépressions involutives situationnelles. ; A.GIANNELLI; T.GALLI; R.VALLILLO ; 1970 Tome II Num 2 pp 305-306 [Rivista sperimentale di freniatria]
- /269/ Quelques remarques sur la géronto-psychiatrie. A propos d'un congrès récent. ; J.CI.SCOTTO; D.PIN; D.GLEZER ; 1976 Tome II Num 5 pp 835 [Société de Psychiatrie de Marseille et du Sud-Est méditerranéen]

- /270/ A propos du concept de mélancolie d'involution. Etude historique. ; C.PULL, P.PICHOT ; 1975 Tome II Num 3 pp 571 à 577 [Société Médico-Psychologique]
- /271/ A propos de la mélancolie d'involution. Etude statistique contrôlée de l'originalité symptomatique des dépressions à début tardif, et du rôle pathoplastique de l'âge. ; C.PULL, M.C.PULL, P.PICHOT ; 1976 Tome I Num 5 pp 691 à 702 [Société Médico-Psychologique]
- /272/ Du concept de mélancolie d'involution. Revue des travaux récents. ; C.PULL, P.PICHOT ; 1976 Tome I Num 2 pp 238 à 245 [Société Médico-Psychologique]
- /273/ Les délires au cours du troisième âge. ; J.BILLE; J.L.MASSE ; 1975 Tome II Num 5 pp 974-975 [Société de Psychiatrie de Marseille et du Sud-Est méditerranéen]
- /274/ Evolution de la symptomatologie psychotique dans la vieillesse en fonction de l'environnement. ; G.CULOT, G.BOUCKSON, G.PASCALIS ; 1976 Tome II Num 5 pp 753 à 758 [Mémoire original]
- /275/ Neurologie et vieillesse. ; B.BISIO ; 1973 Tome I Num 1 pp 167-168 [Folia neuropsychiatrica]
- /276/ La polynévrite sénile. ; V.V.SEMENOVA-TYAN-CHANSKAIA ; 1972 Tome II Num 2 pp 317-318 [J. de neuropath. et de psychiat. S.S. Korsakoff]
- /277/ Dyskinésies bucco-linguo-faciales et mouvements stéréotypés des membres chez les sujets âgés. ; P.J.DELWAIDE; M.DESSEILLES ; 1978 Vol 136 Num 2 pp 360-361 [La Nouvelle Presse Médicale]
- /278/ Sur l'évolution et le diagnostic de la pneumonie chez les malades mentaux âgés. ; M.R.MELNIKOWA ; 1970 Tome I Num 4 pp 659-660 [J. de Neuropath. et de Psychiatr. S.S. Korsakoff]
- /279/ Confusion mentale et anémie chez le sujet âgé. ; J.Y.CASSAIGNE; B.DUFLO; H.PEQUIGNOT ; 1973 Tome II Num 4 pp 587 [Le Concours médical]
- /280/ Les chutes chez le vieillard. ; A.BEUCLER; J.BARBIZET ; 1975 Tome II Num 3 pp 640 [Le Concours médical]
- /281/ Le sujet âgé grabataire. ; M.BERKMAN; S.WASERZTRUM; P.THILLAUD ; 1976 Tome II Num 4 pp 728 [Le Concours médical]
- /282/ Le sommeil chez les sujets âgés. ; R.OLIVIER-MARTIN, H.CENDRON, J.VALLERY-MASSON ; 1975 Tome I Num 1 pp 77 à 90 [Mémoire original]
- /283/ Aspects psychométriques, électro-encéphalographiques et cliniques chez des malades mentaux à l'âge évolutif. ; P.DELMONTE; G.MASAZZA ; 1971 Tome II Num 5 pp 779-780 [Rivista sperimentale di freniatria]
- /284/ Analyse des corrélations de fréquence du rythme alpha dans l'électro-encéphalogramme des vieillards âgés et des malades présentant des psychoses de la sénilité. ; T.V.MOROSOVA ; 1971 Tome II Num 2 pp 318 [J. de neuropath. et de psychiat. S.S. Korsakoff]
- /285/ Application d'une échelle d'appréciation gériatrique aux patients d'un hôpital psychiatrique fermé. ; R.FREYENS ; 1978 Vol 2 Num 136 pp 384 [Acta psychiatrica belgica]
- /286/ Psychopharmacologie et gériatrie. ; J.C.PERON-MAGNAN ; 1972 Tome I Num 4 pp 585 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /287/ La thérapeutique notamment médicamenteuse chez les personnes âgées, point de vue d'un clinicien. ; H.PEQUIGNOT ; 1975 Tome II Num 1 pp 233-234 [Echanges internationaux et développement]
- /288/ Les médicaments et la psychologie des personnes âgées. ; J.LASSERRE ; 1975 Tome II Num 1 pp 236 [Echanges internationaux et développement]
- /289/ Accidents des psychotropes chez le vieillard. ; P.AUDOLY; P.DUJARDIN; J.F.KRETZSCHMAR ; 1977 Tome I Num 5 pp 873 [Ann.méd.interne]
- /290/ Le traitement neuroleptique discontinu en Géroto-psychiatrie. ; R.MEYER, A.LOBRINUS, J.WERTHEIMER ; 1973 Tome II Num 4 pp 505 à 512 [Mémoire original]
- /291/ Dyskinésie tardive et thérapeutique médicamenteuse chez les vieillards. ; G.E.CRANE; R.A.SMEETS ; 1974 Tome II Num 3 pp 508 [Arch. of gen. psychiat.]
- /292/ Les neuroleptiques en Géroto-psychiatrie: leur utilisation, les précautions d'emploi. ; M.PERON ; 1979 Num 3-4 pp 356 à 360 [Société Médico-Psychologique]

- /293/ Les dépressions séniles pseudo-déméntielles convulsivo-curables. ; M.BOURGEOIS, A.HEBERT, J.MAISONDIEU ; 1970 Tome I pp 751 à 757 [Société Médico-Psychologique]
- /294/ Effets de la chlorimipramine à faible dose sur certains symptômes émergents au cours d'états déficitaires. ; B.DUCLAUX; B.MICHEL; F.TAILLAN ; 1972 Tome II Num 4 pp 580 [Société régionale de Neuropsychiatrie et de Psychologie clinique de Clermont-Ferrand]
- /295/ Action restructurante du SUREPTIL dans les composantes anxio-dépressives d'états involutifs. ; J.CARRERE ; 1970 Tome II Num 3 pp 409 à 419 [Société Médico-Psychologique]
- /296/ Intérêt thérapeutique de l'HYDROSARPAN 711 dans les états dépressifs et la pathologie psychiatrique du préseium. ; S.BORNSTEIN, S.KANNAS, H.SERE DE RIVIERES, D.BUREAU, J.POSTEL ; 1970 Tome II Num 3 pp 433 à 444 [Société Médico-Psychologique]
- /297/ Etude de l'action de la Nicergoline (SERMION) dans la pathologie vasculaire chronique du troisième âge. ; J.MICHELANGELI, M.SEVILLA, J.LAVAGNA, G.DARCOURT ; 1975 Tome I Num 4 pp 499 à 508 [Société Médico-Psychologique]
- /298/ Le synacthène-retard dans les confusions mentales des sujets âgés. ; M.PORTE, G.JUTTNER, J.MICHELANGELI, B.P.KREBS, J.LAVAGNA, C.CAPDEVILLE, G.DARCOURT ; 1979 Num 5 pp 481 à 490 [Société Médico-Psychologique]
- /299/ Sur les modifications de la capacité d'apprentissage dans un groupe de sujets psychologiquement détériorés traités par le RNA. ; A.DONATI; G.FRATTINI; A.LUCCHIN; L.REBOSIO ; 1970 Tome II Num 1 pp 157 [Rivista sperimentale di freniatria]
- /300/ Syndromes de glissement chez les vieillards. ; B.XHENSEVAL ; 1974 Tome II Num 4 pp 657 [Les feuilles psychiatriques de Liège]
- /301/ Réflexions sur un essai de psychothérapie institutionnelle en maison de retraite. ; G.DARCOURT; G.BURG; M.SEVILLA; J.LAVAGNA; S.ALBARANES ; 1970 Tome II Num 1 pp 141 [Société de psychiatrie de Marseille et du Sud-Est méditerranéen]
- /302/ Des indications de la relaxation en Gériatrie ; J.RICHARD, A.PICOT, P.DE BUS, A.ANDREOLI, X.DALAKAKI ; 1975 Tome II Num 4 pp 703 à 721 [Mémoire original]
- /303/ L'approche du réel chez le dément sénile. Fondements méthodologiques de l'ergothérapie en Psychogériatrie. ; B.PIERREHUMBERT, J.G.BOULA, A.MOUFLIN, J.WERTHEIMER ; 1976 Tome II Num 4 pp 599 à 634 [Mémoire original]
- /304/ Aspects cliniques et étiologiques de la démence sénile. ; H.SOININEN; O.P.HEINONEN ; 1983 Vol 141 Num 4 pp 485-486 [Europ. Neurol.]
- /305/ Etude familiale et génétique de la démence de type Alzheimer. ; R.L.MARTIN; G.GERTEIS; W.F.GABRIELLI Jr ; 1989 Vol 147 Num 5 pp 612 [Etude familiale et génétique de la démence de type Alzheimer.]
- /306/ La diminution de l'arginine-vasopressine dans le cortex cérébral de la démence sénile de type Alzheimer. ; K.FUJIYOSHI ; 1988 Vol 146 Num 3 pp 283 [J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.]
- /307/ Insuffisance et excès du diagnostic de démence sénile et de maladie d'Alzheimer en pratique psychiatrique. ; V.Ph.CHEFER ; 1988 Vol 146 Num 3 pp 293 [J. de neuropath. et de psychiat. S.S. Korsakov]
- /308/ Le compagnon tardif et l'objet non animé du sujet dément sénile. ; J.M.LEGER, R.GAROUX, J.F.TESSIER, B.CHEVALIER ; 1986 Vol 144 Num 4 pp 341 à 355 [Mémoire original]
- /309/ Réflexion à propos des mécanismes psychopathologiques de l'involution. ; M.DELCOUSTAL, J.P.BARANGER, G.POTIRON, L.BERTHELOT ; 1987 Vol 145 Num 5 pp 448 à 450 [Société Médico-Psychologique]
- /310/ Psychologie projective et vieillissement. ; A.LAROME, M.LECAMP ; 1988 Vol 146 Num 5 pp 476 à 486 [Société Médico-Psychologique]
- /311/ Le vieillissement entre inertie et création. ; A.LAROME, M.LECAMP, M.C.VINCENT ; 1988 Vol 146 Num 5 pp 487 à 489 [Société Médico-Psychologique]
- /312/ Ethologie du visage âgé dans le miroir. ; B.CYRULNIK, M.OHAYON ; 1988 Vol 146 Num 6 pp 563 à 569 [Société Médico-Psychologique]
- /313/ Dépression et sénescence: réflexions cliniques. ; M.DELAGE; J.BALLERAU; M.HABAULT; D.PENVERNE ; 1980 Vol 138 Num 4 pp 493 [Société de psychiatrie de Marseille et du Sud-Est méditerranéen]

- /314/ Les urgences psychogériatriques à l'hôpital général. ; J.SEGUI, X.FLUVIA, T.COBO, M.J.LUNA, S.LEAL, E.ABARCAL, M.E.TABOADA ; 1988 Vol 146 Num 1-2 pp 158 à 163 [Société Médico-Psychologique]
- /315/ La dépression pendant le processus de vieillissement, aspects cliniques. ; J.SOUTO-LOPES ; 1989 Vol 147 Num 8 pp 892-893 [Acta. psiuiat.]
- /316/ L'accroissement des taux de mortalité dans la dépression de l'âge avancé. ; E.MURPHY ; 1988 Vol 146 Num 9 pp 919-920 [British Journal of Psychiatry]
- /317/ Idées délirantes du 3e âge. Aspects cliniques et approche institutionnelles. ; J.C.PELLETIER; G.OPPENHEIM ; 1984 Vol 142 Num 2 pp 294 [Société de psychiatrie de Marseille et du Sud-Est méditerranéen]
- /318/ Alcooliques âgés dans les services de psychiatrie d'Edimbourg. ; K.J.B.RIX ; 1982 Vol 140 Num 6 pp 696 [Journal of the Royal Society of Medicine]
- /319/ Devient-on alcoolique après 60 ans? ; B.MARTENET, C.MUELLER ; 1986 Vol 144 Num 7 pp 711 à 721 [Mémoire original]
- /320/ L'alcoolisme chez les personnes âgées. ; J.M.LEGER; D.BOURLOT; E.R.LOMBERTIE; D.MALAUZAT ; 1989 Vol 147 Num 8 pp 892 [Psychogériatrie]
- /321/ Santé mentale et premières années de la retraite. ; M.GAYDA, G.VACOLA, J.M.LEGER ; 1984 pp 423 à 431 [Société Médico-Psychologique]
- /322/ Epidémiologie psychiatrique et prévention par la préparation du retraité. ; M.GAYDA, G.VACOLA ; 1988 Vol 146 Num 1-2 pp 151 à 157 [Société Médico-Psychologique]
- /323/ Rapport d'introduction ; C.BALLUS ; 1988 Vol 146 Num 1-2 pp 145 à 146 [Société Médico-Psychologique]
- /324/ Troubles psychiques de la retraite. ; M.POROT, J.P.HUBER ; 1988 Vol 146 Num 1-2 pp 138 à 144 [Société Médico-Psychologique]
- /325/ Le syndrome de la retraite. ; M.LAXENAIRE ; 1988 Vol 146 Num 1-2 pp 147 à 150 [Société Médico-Psychologique]
- /326/ Morbidité psychiatrique et retraite. ; P.DE AZPIAZU, J.RIGAU, J.A.LOPEZ-RISUENO, V.MERCADER, J.PUJOL ; 1988 Vol 146 Num 1-2 pp 170 à 173 [Société Médico-Psychologique]
- /327/ Retraite et couple. A propos de 23 observations. ; J.G.VEYRAT ; 1988 Vol 146 Num 6 pp 572 à 576 [Société Médico-Psychologique]
- /328/ Prospectives dans le domaine de l'évaluation de l'aptitude intellectuelle dans la sénilité. ; L.ANOLLI; A.GHIDOTTI ; 1983 Vol 141 Num 4 pp 473-474 [Arch. di psicol. neurol. e psichiat.]
- /329/ Psychologie et écologie sociale de l'agé. ; J.RICHARD, P.DROZ, A.CROMBEQUE ; 1985 Vol 143 Num 6 pp 505 à 518 [Mémoire original]
- /330/ Psychomotricité et diagnostic en Psychiatrie gériatrique. ; J.RICHARD, P.DROZ ; 1983 Vol 141 Num 9 pp 969 à 983 [Mémoire original]
- /331/ De la responsabilité médicale en Psychiatrie gériatrique. ; J.RICHARD, P.DROZ ; 1987 Vol 145 Num 2 pp 145 à 153 [Mémoire original]
- /332/ Fréquence des signes de dysfonction mandibulaire chez les vieillards hospitalisés. ; E.MAKILÄ ; 1981 Vol 139 Num 5 pp 593-594 [Gerontology]
- /333/ Etre psychiatre d'adulte et d'enfant face à la Géronto-psychiatrie: A propos de 3 années d'expérience dans un hôpital général. ; N.SKURNIK ; 1981 pp 473 à 479 [Société Médico-Psychologique]
- /334/ L'hôpital de Jour pour personnes âgées en milieu rural. A propos d'une expérience de 2 ans. ; M.M.BOURRAT; J.F.TESSIER; J.M.LEGER; R.GAROUX ; 1981 Vol 139 Num 3 pp 364-365 [Société de psychiatrie, neurologie et psychologie clinique du Centre Auvergne et Limousin]
- /335/ Contribution à l'étude des hôpitaux de jour en psychiatrie et en gériatrie. ; M.CHAUMARD ; 1982 Vol 140 Num 4 pp 476-478 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /336/ Des communautés de vie pour des personnes âgées atteintes de détérioration mentale: les Cantou. ; M.GAYDA, G.VACOLA, J.M.LEGER ; 1983 pp 345 à 349 [Société Médico-Psychologique]

- /337/ Une alternative à l'hospitalisation des vieillards déments: le domicile collectif. ; A.MAITRE, F.ENGELMANN, P.CORNIER, J.BOUCARLAT ; 1986 Vol 144 Num 3 pp 263 à 270 [Mémoire original]
- /338/ Prise en charge des personnes âgées dans le 5e secteur de la Haute-Vienne. ; J.L.SOUCHAUD; M.NYS; J.L.BERNOT; V.MERCIER; C.PRADEAU ; 1985 Vol 143 Num 9 pp 927 [Société de psychiatrie, neurologie et psychologie clinique du Centre Auvergne et Limousin]
- /339/ Intérêt des familles dans la prise en charge de l'âgé. ; E.R.LOMBERTIE; M.D.MOUTY; J.M.LEGER ; 1987 Vol 145 Num 7 pp 636-637 [Société de psychiatrie, neurologie, psychologie clinique du Centre Auvergne et Limousin]
- /340/ Protection des biens des personnes âgées hospitalisées. ; Ch.BERES, P.SANTESTEBAN, J.BOSCREDON, J.P.BEZAURY ; 1988 Vol 146 Num 1-2 pp 167 à 169 [Société Médico-Psychologique]
- /341/ E.E.G et scanner dans l'examen des déments séniles. ; H.SOININEN; J.V.PARTANEN; M.PURANEN; P.J.RIEKKINEN ; 1983 Vol 141 Num 5 pp 565 [J. of neurol., neurosurg. and psych.]
- /342/ Un tracé E.E.G rare chez les vieillards: les décharges E.E.G rythmiques infracliniques des adultes. ; F.A.DE FACO; G.VACCA; A.FELS; S.NATALE; S.STRIANO ; 1984 Vol 142 Num 6 pp 928-929 [Acta Neurologica]
- /343/ Le métabolisme de quelques neurotransmetteurs dans la sénilité et dans les démences ; C.G.GOTTFRIES ; 1983 Vol 141 Num 7 pp 818 [Gerontology]
- /344/ Le test à la dexaméthasone dans les états dépressifs du sujet âgé. ; Ph.GAILLARD, A.DEGIOVANNI, P.SIZARET, Ch.VALAT ; 1983 Vol 141 Num 10 pp 1097 à 1104 [Société Médico-Psychologique]
- /345/ Traitement pharmacologique de la démence sénile en Europe et aux Etats-Unis. ; J.A.YESAVAGE, J.R.TINKLENBERG, P.A.BERGER, J.M.MASSON, A.MARTIN, M.BOURGEOIS ; 1981 Vol 139 Num 1 pp 21 à 28 [Mémoire original]
- /346/ Intérêt de la bromocriptine dans les démences de la vieillesse. ; P.BORENSTEIN, Ch.SORET, D.GRAILLE ; 1981 pp 326 à 334 [Société Médico-Psychologique]
- /347/ Le tiapride en Géronto-psychiatrie. ; J.A.COSTA E SILVA ; 1982 pp 1108 à 1114 [Société Médico-Psychologique]
- /348/ Anxiolytiques et capacités mnésiques du sujet âgé. ; J.M.LEGER, C.HERRMANN, D.MALAUZAT, G.DANOT, E.R.LOMBERTIE ; 1984 pp 696 à 702 [Société Médico-Psychologique]
- /349/ Le choix des anti-dépresseurs en Psychogériatrie. ; N.MOAMAI ; 1985 Vol 143 Num 7 pp 611 [Société Médico-Psychologique]
- /350/ Utilisation du lithium chez les personnes âgées. ; L.MASQUIN ; 1987 Vol 145 Num 9 pp 803 [Société de psychiatrie de Marseille et du Sud-Est méditerranéen]
- /351/ La psychothérapie chez le vieillard. ; TOKSOZ.B.KARASU, M.L.BOURGEOIS ; 1980 pp 574 à 580 [Société Médico-Psychologique]
- /352/ Perspectives sur la psychothérapie du sujet âgé. ; G.D.COHEN ; 1981 Vol 139 Num 9 pp 1048 [American Journal of Psychiatry]
- /353/ Les psychothérapies de la personne âgée. ; ; 1988 Vol 146 Num 1-2 pp 183 [Actes du 3e Congrès de l'Association internationale de gérontologie psychanalytique]
- /354/ De l'agrypnie dans la mélancolie de l'âge avancé. ; J.RICHARD, E.JOTTERAND, I.PUSKAS ; 1982 Vol 140 Num 3 pp 321 à 341 [Mémoire original]
- /355/ Physiopathologie des démences de type ALZHEIMER: le rôle de la protéine bêta amyloïde. ; Y.LAMOUR ; 1992 Vol 150 Num 2-3 pp 131 à 137 [Société Médico-Psychologique]
- /356/ Incidence et signes prémonitoires des démences: résultats de l'enquête épidémiologique sur le vieillissement cérébral du programme de recherche PAQUID. ; L.LETENNEUR, C.FABRIGOULE, J.F.DARTIGUES ; 1993 Vol 151 Num 9 pp 670 à 672 [Société Médico-Psychologique]

- /357/ Démence et dépression du sujet âgé. ; F.THIBAUT, L.JACQUESY, A.MORELLINI-MAREMBERT, C.DURLACH-MISTELLI, L.COLONNA ; 1993 Vol 151 Num 10 pp 685 à 693 [Mémoire original]
- /358/ Etude rétrospective de dossiers cliniques concernant le trouble bipolaire chez les personnes âgées. ; J.SNOWDON ; 1992 Vol 150 Num 6 pp 457 [British Journal of Psychiatry]
- /359/ La manie de l'âge avancé: un regard sur l'âge de début. ; R.C.YOUNG; G.L.KLERMAN ; 1993 Vol 151 Num 10 pp 739 [American Journal of Psychiatry]
- /360/ Les intoxications aiguës volontaires des personnes âgées. ; M.H.PICHOT; P.AUZEPY; C.RICHARD ; 1992 Vol 150 Num 6 pp 464-465 [Ann. Méd. Interne]
- /361/ La dépendance à l'alcool et aux drogues chez les personnes âgées: épidémiologie, diagnostic et traitement. ; N.S.MILLER; B.M.BELKIN; M.S.GOLD ; 1992 Vol 150 Num 6 pp 456 [Comprehens. Psychiat.]
- /362/ Le point actuel sur le délire d'apparition tardive chez l'agé. ; J.M.LEGER, J.P.CLEMENT ; 1991 Vol 149 Num 9 pp 721 à 725 [Société Médico-Psychologique]
- /363/ Influence du vieillissement sur les schizophrénies. ; D.LEGER, J.M.LEGER ; 1992 Vol 150 Num 9 pp 633 à 658 [Mémoire original]
- /364/ A propos d'une forme méconnue de la paranoïa: la paranoïa de l'agé. ; B.CASTRO ; 1993 Vol 151 Num 7 pp 512 à 516 [Société Médico-Psychologique]
- /365/ Les troubles phobiques chez les personnes âgées. ; J.LINDESAY ; 1994 Vol 152 Num 2 pp 147 [British Journal of Psychiatry]
- /366/ Le syndrome de Charles BONNET, à propos de deux observations. ; M.P.RIETSCH; L.SIEFFERMANN; D.STRUBEL; F.KUNTZMANN ; 1993 Vol 151 Num 10 pp 732 [J.Méd.Strasbourg]
- /367/ Le syndrome de Charles BONNET, discussion d'un cas. ; O.A.DE LEON V. ; 1994 Vol 152 Num 5 pp 344 [Revista de Neuro-Psiquiatria]
- /368/ Lupus érythémateux disséminé à forme neuropsychiatrique chez des personnes âgées: une série de cas. ; M.S.DENNIS; E.J.BYRNE; N.HOPKINSON; P.BENDALL ; 1994 Vol 152 Num 5 pp 332 [J.Neurol.Neurol.Psychiat.]
- /369/ L'envers de la médaille: les aléas du vieillissement pathologique dans le nouveau contexte démographique. ; A.OLIVENNES ; 1990 Vol 148 Num 10 pp 871 à 875 [Société Médico-Psychologique]
- /370/ Préservation d'un fonctionnement cognitif normal chez des sujets âgés présentant des lésions persistantes de la substance blanche. ; G.FEIN; C.VAN DYKE; L.DAVENFORT ; 1992 Vol 150 Num 8 pp 620 [Arch. gen. Psychiat.]
- /371/ Vieillesse de la peau et conséquences. ; P.M.GUIMARAES ; 1992 Vol 150 Num 6 pp 463 [J.bras.Psiq.]
- /372/ Le vieillissement cérébral normal et réussi. ; C.E.GIURGEA; M.BRONCHART ; 1994 Vol 152 Num 3 pp 207 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /373/ Pourquoi confondre maladie et vieillesse? Pourquoi refuser vieillesse et maladie? ; J.GIRARD, Cl.GIRARD ; 1991 Vol 149 Num 2 pp 182 à 184 [Société Médico-Psychologique]
- /374/ Indications d'hospitalisation en psychiatrie des démences séniles. ; D.WAMBERGUE, C.SCHEER, B.DE MONTJOYE, J.LAVAVULT, A.LAROME ; 1992 Vol 150 Num 10 pp 738 à 741 [Société Médico-Psychologique]
- /375/ Quelques réflexions à propos de la création et de la première année de fonctionnement d'un Hôpital de Jour Psychogériatrique. ; J.L.SOUCHAUD; M.DUPOUIS; V.MERCIER; M.NYS ; 1990 Vol 148 Num 3 pp 329 [Société de psychiatrie, neurologie et psychologie clinique du Centre Auvergne et Limousin]
- /376/ Primauté d'un personnel chaleureux et réconfortant auprès des personnes très âgées placées en Psychiatrie. ; Ph.LEHEMBRE, P.GRAUX ; 1992 Vol 150 Num 1 pp 61 à 63 [Société Médico-Psychologique]
- /377/ Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées.(Côte d'Or) ; J.M.BURTIN ; 1994 Vol 152 Num 5 pp 321 à 324 [Société Médico-Psychologique]

- /378/ La privation de sommeil à mouvements oculaires rapides, moyen d'investigation chez les sujets âgés. ; C.F.REYNOLDS; D.J.BUYASSE; D.J.KUPFER ; 1991 Vol 149 Num 7 pp 614 [Arch. Gen. Psychiat.]
- /379/ Dessin et psychomotricité chez la personne âgée. ; D.LIOTARD ; 1991 Vol 149 Num 4 pp 378-379 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /380/ Electro-chocs et troisième âge. ; R.BERNADET; J.M.GALET; M.F.SANCHEZ; N.AZZO-PARDI; B.DUPONT; S.MAUDOUX ; 1992 Vol 150 Num 8 pp 626-627 [Psychol. Méd.]
- /381/ A propos de l'électroconvulsivothérapie chez le sujet âgé déprimé. ; P.KRAUS ; 1992 Vol 150 Num 8 pp 610-611 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /382/ Rapport médico-légal sur l'état mental de Pierron, Veuve Georgel, âgée de soixante-huit ans, convaincue d'avoir tué à coups de hache sa petite-fille, âgée de vingt et un mois. ; Simonin, Blondlot, Morel ; 1855 Tome VII pp 114 à 131 [Mémoire original]
- /383/ Consultation médico-légale sur le cas d'un vieillard de quatre-vingt-quatre ans inculpé d'assassinat. Psychoses de la vieillesse - Observations ; C.ROUGE ; 1910 Tome XI pp 398 à 416 [Mémoire original]
- /384/ Rapport médico-légal sur le nommé Georges Arnould, âgé de soixante-neuf ans, accusé d'incendie volontaire. ; Morel ; 1855 Tome I pp 267 à 281 [Mémoire original]
- /385/ Hallucinations auditives et surtout visuelles, durant depuis plusieurs années chez un vieillard et aboutissant à la démence sénile. ; L.PRON ; 1905 Tome I pp 125 à 127 [Société médico-psychologique]
- /386/ Deux cas de paralysie générale sénile. Présentation d'un malade. ; R.MOURGUE ; 1919 Tome XI pp 146 à 150 [Société médico-psychologique]
- /387/ Rythme verbal progressif jusqu'à la plainte chez une persécutée sénile.(Présentation de malade) ; P.GUIRAUD , G.DAUMEZON , G.FERDIERE ; 1937 Tome I pp 603 à 606 [Société médico-psychologique]
- /388/ "L'arrangement", mise à l'écart des responsabilités du chef d'exploitation de plus de 60 ans en milieu rural et ses conséquences psychopathologiques. ; P.MORON, C.BOSCO, M.CONCINA, J.BOSCREDON ; 1988 Vol 146 Num 1-2 pp 164 à 166 [Société Médico-Psychologique]
- /389/ Considérations sur le vieillissement cérébral. ; P.DIVRY ; 1946 Tome II pp 457-458 [Société belge de Neurologie]
- /390/ De l'amyloïdose vasculaire cérébrale et méningée (méningopathie amyloïde dans la démence sénile). ; P.DIVRY ; 1947 Tome I pp 114 [Journal belge de neurologie et de psychiatrie]
- /391/ La dégénération hypertrophique des olives bulbaires chez les vieillards. ; J.LHERMITTE; O.TRELLES ; 1932 Tome I pp 470 [Société de Neurologie de Paris]
- /392/ Les plaques séniles du diencephale. ; J.LHERMITTE; O.TRELLES ; 1934 Tome I pp 569 [Société de Neurologie de Paris]
- /393/ La catalepsie du vieillard et ses relations avec les lésions du cervelet. ; LHERMITTE; SUSIC ; 1939 Tome I pp 159-160 [Société de Neurologie de Paris]
- /394/ Les syndromes de rigidité du vieillard. Le syndrome de Foerster. La myosclérose rétractile. ; J.LHERMITTE; J.DE AJURIAGUERRA; HECAEN ; 1944 Tome II pp 197 [La Presse médicale]
- /395/ Sénilité et système nerveux. ; J.LHERMITTE ; 1946 Tome I pp 310-311 [Semaine médicale franco-suisse]
- /396/ L'influence des restrictions alimentaires sur les internés et les sujets des hospices de vieillards. Le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie des psychopathies. ; J.LHERMITTE ; 1946 Tome I pp 405 [Bulletin de l'Académie de médecine]
- /397/ Psychoses sur un fond de dégénérescence mentale chez le vieillard. ; TRENEL ; 1898 Tome VIII pp 461-462 [Archives de Neurologie]
- /398/ Paralysie générale sénile. ; TRENEL; LIBERT ; 1910 Tome XII pp 459-460 [Société clinique de médecine mentale]
- /399/ Paralysie générale sénile. ; TRENEL ; 1911 Tome XIV pp 452 [Société clinique de médecine mentale]

- /400/ Les bases physiologiques des phénomènes de sénescence. ; L.BINET; F.BOURLIERE ; 1955 Tome I pp 866-867 [Association française de biologie médicale. Symposium sur la biologie du vieillard.]
- /401/ Les effets de l'implantation sous-cutanée de comprimés de propionate de testostérone chez un vieillard. ; L.BINET; F.VERLIAC ; 1944 Tome I pp 507 [Bulletin de l'Académie des sciences]
- /402/ De la capacité des ventricules cérébraux en fonction de l'âge et de la présence de plaques séniles et d'altérations d'ALZHEIMER. ; F.MOREL; E.WILDI ; 1953 Tome I pp 115-116 [Société suisse de Neurologie]
- /403/ Contribution à la connaissance des différentes altérations cérébrales du grand âge. ; F.MOREL; E.WILDI ; 1956 Tome II pp 552-553 [Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie]
- /404/ Relations entre les lésions cérébrales dégénératives séniles et l'élimination urinaire des hormones stéroïdes. ; J.CONSTANTINIDIS, G.GARRONE; E.WILDI ; 1963 Tome I pp 180 [Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie]
- /405/ De la consommation d'oxygène dans le cerveau des sujets atteints de psychose de la sénilité. ; E.CAMERON; H.HIMWICH; S.ROSEN; J.FAZEKAS ; 1945 Tome I pp 217 [The American Journal of Psychiatry]
- /406/ L'épilepsie dans la démence sénile. ; G.FATTOVICH ; 1950 Tome II pp 570 [L'Ospedale psichiatrico]
- /407/ Aspects histopathologiques non communs des psychoses de l'âge sénile. ; G.FATTOVICH ; 1957 Tome II pp 335 [Il Cervello]
- /408/ Sur la rigidité dans la phase terminale des états démentiels pré-séniles et séniles. ; G.FATTOVICH ; 1960 Tome I pp 596 [Il Cervello]
- /409/ Etude des régressions de quelques variables biologiques et psychologiques au cours du vieillissement humain. ; S.PAROT; J.POITRENAUD; F.BOURLIERE ; 1968 Tome I Num 5 pp 794 [Bull. et mém. de la Soc. d'anthropol. de Paris]
- /410/ Sur la signification de l'activité transaminasique dans les vasculopathies de la sénilité. ; G.BEULCKE; G.MARS; M.MORPUGO ; 1960 Tome I pp 383-384 [Giornale di Gerontologia]
- /411/ Au sujet des mélancolies d'involution. ; B.POMME; J.GIRARD; J.BRUNETON ; 1960 Tome I pp 192 [Sud médical et chirurgical]
- /412/ Aspect de la sénescence pathologique et traitement par un nouveau neuroleptique: le 8.909 RP. ; B.POMME; R.PLANCHE; J.GIRARD; J.P.RIGAL ; 1963 Tome II pp 793 [Société de neuro-psychiatrie et de psychologie clinique de Clermont-Ferrand]
- /413/ Une expérience d'hébergement en appartement protégé pour personnes âgées dépendantes couplées avec l'hospitalisation de jour. ; J.GIRARD; G.BECAMEL; V DE MORI; J.Y.PEROL; J.P.SABY; C.GIRARD ; 1989 Vol 147 Num 8 pp 909 [Société de psychiatrie, neurologie et psychologie clinique du Centre Auvergne et Limousin]
- /414/ Les modifications cérébrales involutives dans le tableau de la sénescence normale et pathologique. ; B.BISIO ; 1963 Tome II pp 126 [Rivista de neurobiologia]
- /415/ Observations et essais thérapeutiques en matière de psychopathies séniles. ; G.M.KAUCHTSCHISWILI ; 1958 Tome II pp 409-410 [Giornale di Gerontologia]
- /416/ Gérontologie soviétique. ; G.M.KAUCHTSCHISWILI ; 1964 Tome II Num 5 pp 805-806 [Giornale di Gerontologia]
- /417/ Catatonie chez le vieillard: démence ou schizophrénie? Le problème des schizophrénies tardives. ; J.M.LEGER; A.DESCALZO; J.F.TESSIER ; 1983 Vol 141 Num 10 pp 1137 [Société de psychiatrie, neurologie et psychologie clinique du Centre Auvergne et Limousin]
- /418/ L'Hôpital de jour psychogériatrique en milieu urbain: l'expérience de Limoges - Etude du devenir des personnes âgées prises en charge. ; S.ONGENAE; J.M.LEGER; J.F.TESSIER ; 1989 Vol 147 Num 8 pp 908 [Société de psychiatrie, neurologie et psychologie clinique du Centre Auvergne et Limousin]
- /419/ La psychogériatrie au fil du temps ou 100 ans de congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (1889-1989) ; J-F THERME, P THERME-GARAULT, J-M LEGER ; 1994 - 91ème session du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Pointe-à-Pitre

BIBLIOGRAPHIE

- /420/ Maladies mentales des vieillards et leur influence sur la capacité pour donner et tester ; Biaute ; 1889 Tome X pp 63 à 78 [Mémoire original]
- /421/ Le cerveau d'une centenaire, étude anatomo-clinique. ; LAIGNEL-LAVASTINE , I.BERTRAND , A.F.LIBER ; 1934 Tome I pp 383 à 386 [Société médico-psychologique]
- /422/ Un cas de démence sénile ressemblant dans sa symptomatologie au syndrome d'ALZHEIMER. ; P.ABELY , P.PAYET ; 1942 Tome II pp 99 à 101 [Société Médico-Psychologique]
- /423/ Démence sénile simple, précoce et dégénérescence neuro-fibrillaire d'ALZHEIMER. ; L.MARCHAND , G.DEMAY , J.NAUDASCHER ; 1942 Tome I pp 338 à 341 [Société Médico-Psychologique]
- /424/ L'influence de l'âge sur la symptomatologie des psychoses. ; C.PFERSDORFF ; 1943 Tome I pp 248 à 258 [Mémoire original]
- /425/ Paranoïa d'involution. ; M.MONTASSUT , J.SAUGUET ; 1944 Tome I pp 146 à 150 [Société Médico-Psychologique]
- /426/ Onirisme isolé du vieillard, manifestation d' inanition. ; G.FERDIERE ; 1946 Tome I pp 253 à 254 [Société Médico-Psychologique]
- /427/ Les vieillards accusateurs. ; A.MASSON ; 1952 Tome I pp 481 à 483 [Société Médico-Psychologique]
- /428/ Psychose aigüe post-grippale chez un vieillard. ; A.MASSON ; 1957 Tome II pp 490 à 494 [Société Médico-Psychologique]
- /429/ Effets du méprobamate chez les psychopathes séniles. ; J.BOUQUEREL, NAVIAU, LAVOINE ; 1958 Tome II pp 121 à 127 [Société Médico-Psychologique]
- /430/ Observations sur le comportement anti-social chez les personnes âgées atteintes de troubles psychiques. ; T.PIROZYNSKI, E.TOMORUG, Gh.SCRIPCARU ; 1968 Tome I Num 2 pp 231 à 237 [Mémoire original]
- /431/ Frénésie amoureuse chez un vieillard de 79 ans. Assassinat et tentative d'assassinat. ; ; 1847 Tome IX pp 97-98 [Revue médico-légale des journaux judiciaires.]
- /432/ Aliénation de la vieillesse. ; G.DAY ; 1852 Tome IV pp 107-108 [Journal of Psychological Medicine.]
- /433/ Chorée chez une femme sénile. ; H.ROGER ; 1855 Tome I pp 297-298 [Gazette des Hôpitaux]
- /434/ Le déclin des facultés mentales dans la vieillesse. ; G.M.BEARD ; 1877 Tome XVII pp 126-128 [Mental Science]
- /435/ Chorée chez une vieille femme. ; MAC DOWALD ; 1884 Tome XII pp 312 [Mental Science]
- /436/ Des maladies de la vieillesse. ; H.WARDNER ; 1888 Tome VII pp 148 [The alienist and neurologist.]
- /437/ Les psychoses séniles et tardives; les idées de négation chez les vieillards; les idées de persécution séniles et la forme tardive du délire des persécutions. Leçon de SEGLAS. ; MARIE ; 1891 Tome XIV pp 463 [Le Progrès Médical.]
- /438/ De quelques troubles psychiques, et particulièrement de la transformation de la personnalité au cours de la démence sénile. ; P.PARISOT ; 1896 Tome IV pp 200-201 [Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.]
- /439/ Etude médico-légale de l'état mental des vieillards. ; L.SCHEFFLER ; 1897 Tome V pp 485 [Revue des thèses soutenues devant la faculté de Médecine de Lyon pendant l'année 1896.]
- /440/ Les changements morbides dans le système nerveux cérébro-spinal des aliénés âgés. ; A.CAMPBELL ; 1897 Tome V pp 133-135 [Mental Science]

- /441/ Les psychoses de la vieillesse. ; HARRIET.C.B.ALEXANDER ; 1900 Tome XI pp 110 [The Alienist and Neurologist.]
- /442/ Sur le mode de réaction des réflexes chez les vieillards spécialement en rapport avec les fines altérations de la moëlle dans la sénilité. ; L.FERRIO; E.BOSIO ; 1905 Tome II pp 318-319 [Annali di freniatria e scienze affini]
- /443/ Contribution à l'étude des atrophies musculaires progressives dans la vieillesse. ; L.FERRIO; L.ROVERE ; 1905 Tome I pp 295 [Annali di Neurologia]
- /444/ Sénilité et démence sénile ; W.L.RUSSEL ; 1905 Tome I pp 493-494 [The American Journal of Insanity]
- /445/ Symptômes apraxiques dans un cas de démence sénile. ; H.MARCUSE ; 1907 Tome VI pp 476 [Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie]
- /446/ Epilepsie sénile, constatations anatomo-pathologiques. ; MARCHAND; NOUET ; 1910 Tome XII pp 115 [Société clinique de médecine mentale]
- /447/ Observations sur les formes bénignes de trouble mental chez les vieillards, pathologie et traitement. ; A.ROBERTSON ; 1911 Tome XIV pp 479 [Mental Science]
- /448/ De l'épilepsie chez les déments séniles. ; L.MARCHAND; PETIT ; 1912 Tome II [Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale.]
- /449/ Syndrome catatonique dans l'âge sénile. ; BERTOLANI ; 1912 Tome II pp 256 [Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentale]
- /450/ Paralyse générale sénile. Présentation de malade. ; PAILLET ; 1913 Tome IV pp 260 [Société clinique de médecine mentale]
- /451/ Recherches sur la démence sénile, spécialement par rapport à l'atrophie cérébrale. ; E.E.SOUTHARD ; 1914 Tome V pp 613 [The American Journal of Insanity]
- /452/ Analyse anatomique de 70 cas de démence sénile. ; C.G.MAC GAFFIN ; 1914 Tome V pp 613 [The American Journal of Insanity]
- /453/ Troubles mentaux observés au cours de la vieillesse. ; G.SAVAGE ; 1921 Tome I pp 83 [Journal of Nervous and Mental Disease]
- /454/ La paralyse générale des vieillards. ; P.CARRETTE ; 1925 Tome I pp 181-182 [Revue des livres, thèses et brochures]
- /455/ Etudes comparées des états de démence. ; PFERSDORFF ; 1926 Tome II pp 177-178 [Section criminologique de la réunion de 1925 de l'institut d'anthropologie.]
- /456/ Paralyse générale sénile confirmée par l'examen histologique. ; A.MARIE; P.A.CHATAGNON; J.PICARD ; 1928 Tome I pp 89 [Société clinique de médecine mentale]
- /457/ Un paralytique général de 82 ans. ; C.RIZZO ; 1929 Tome II pp 368 [Rivista di patologia nervosa e mentale]
- /458/ Paralyse générale chez un vieillard de 77 ans. ; CAPGRAS; JOAKI; FAIL ; 1930 Tome II [Société clinique de médecine mentale]
- /459/ Sénilité, démence sénile et intervalles lucides. ; A.RAITZIN ; 1931 Tome I pp 331 [Revista de Criminologia psiquiátrica y Medicina legal]
- /460/ Les psychoses périodiques tardives. ; R.ANGLADE ; 1931 Tome I pp 408-411 [XXXVe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française]
- /461/ Cysticercose cérébrale et démence sénile. ; J.M.CID; F.J.FERRER ; 1932 Tome II pp 518 [Boletín del Instituto Psiquiátrico, Rosario]
- /462/ L'origine et la formation des plaques séniles. ; A.FERRARO ; 1932 Tome I pp 102 [Archives of Neurology and Psychiatry]
- /463/ Presbyophrénie et artériosclérose cérébrale. ; M.LIEBERS ; 1933 Tome II pp 772 [Zeitsch.f.d.Neur.und Psych.]
- /464/ Les plaques séniles. ; A.BONHOUR ; 1933 Tome II pp 269 [Rivista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina legal]
- /465/ Les états maniaques chroniques de l'âge avancé. ; BORNSTAJN ; 1933 Tome I pp 383 [Rocznik Psychjatryczny]
- /466/ Les psychoses séniles. ; G.L.FRANCESCONI ; 1934 Tome II pp 880-881 [Rassegna di Studi Psichiatria]

- /467/ L'état actuel du problème des démences séniles: la démence sénile typique. ; A.M.SIERRA ; 1934 Tome II pp 463 [Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina legal]
- /468/ Action de l'insuline sur la sclérose progressive des artères cérébrales chez les vieillards. ; L.TIXIER; S.DE SEZE ; 1934 Tome II pp 496-497 [Le Monde Médical]
- /469/ Le problème de la vieillesse. ; E.TOULOUSE ; 1935 Tome II pp 880 [La Prophylaxie Mentale]
- /470/ Problème des psychoses de l'âge présénile et sénile. ; J.MISSONIL ; 1935 Tome II pp 696 [Rocznik Psychjatryczny]
- /471/ Sur 3 cas de démence sénile. ; A.BONHOUR ; 1935 Tome I pp 677 [Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina legal]
- /472/ Les troubles mentaux de l'âge sénile. ; I.LANGE ; 1935 Tome I pp 677 [Münchener Medizinisch Wochenschrift]
- /473/ Paralyse générale sénile. ; A.BOTELHO ; 1936 pp 280 [Arquivos Brasileiros de Neuiriatra e Psiquiatria]
- /474/ Les conditions étiologiques et pathogéniques des psychoses séniles. ; F.COLAPIETRA ; 1936 Tome I pp 280 [Annali dell'ospedale psichiatrico di Perugia]
- /475/ Les glandes endocrines et le cerveau dans la vieillesse. ; L.EINARSON; H.OKKELS ; 1937 Tome I pp 501 [Ann.d'anat.path.et d'anat.norm.med.chirg.]
- /476/ Les modifications pathologiques dans les psychoses séniles et leur signification psychologique. ; D.ROTHSCHILD ; 1938 Tome II pp 294-295 [The American Journal of Psychiatry]
- /477/ Hallucinoze visuelle sénile type Ch.BONNET. ; P.PESME ; 1938 Tome II pp 440 [XIe Congrès des Sociétés d'Oto-Neuro-Ophtalmo.]
- /478/ La courbe glycémique dans la démence sénile. ; S.DI MAURO ; 1938 Tome I pp 555 [Il cervello]
- /479/ L'érotisme sénile chez la femme. ; E.GELMA ; 1938 Tome I pp 402 [Les sciences médicales]
- /480/ Physiopathologie de la vieillesse et Introduction à l'étude des maladies des vieillards. ; P.BASTAI; G.C.DOGLIOTTI ; 1939 Tome II pp 635 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /481/ La pathologie mentale de la vieillesse. ; P.COURBON ; 1939 Tome II pp 296 [Paris médical]
- /482/ Démence sénile installée à la suite d'une infection "grippale". ; J.M.E.GONZALEZ ; 1939 Tome I pp 170 [Psiquiatria y Criminologia]
- /483/ Contribution à l'étude des démences séniles. ; H.CLAUDE; J.CUEL ; 1940 Tome II pp 167 [L'Encéphale]
- /484/ Contribution à l'étude du tabès chez le vieillard. ; L.GOIRAN ; 1942 Tome I pp 200 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /485/ Traitement de la mélancolie d'involution. ; H.PALMER ; 1944 Tome II pp 339 [96e annual meeting of the American psychiatric association]
- /486/ Traitement de la mélancolie d'involution. ; C.AULT; E.HOCTOR; A.WERNER ; 1944 Tome II pp 340 [The American Journal of Psychiatry]
- /487/ Guérison d'un prurit sénile par une médication anti-histaminique de synthèse. ; LEFRANC; ORTEGA ; 1944 Tome I pp 519 [Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres]
- /488/ Myxoedème sénile par syphilis tertiaire du corps thyroïde. ; J.E.PAILLAS ; 1944 Tome I pp 505 [Comité médical des Bouches-du-Rhône]
- /489/ Carence neuro-métabolique chez les sujets âgés. ; E.WEYBERG ; 1945 Tome II pp 202 [96e annual meeting of the American psychiatric association]
- /490/ Traitement de la mélancolie d'involution. ; H.PALMER; D.HASTINGS; S.SHERMAN ; 1945 Tome II pp 324 [The American Journal of Psychiatry]
- /491/ Etude quantitative de processus dégénératifs au niveau des aires architectoniques frontales gauches dans la maladie d'ALZHEIMER et dans la démence sénile. ; S.MUTRUX ; 1946 Tome II pp 271 [Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française]
- /492/ A propos des facteurs banaux précipitant les symptômes mentaux chez les gens âgés. ; L.AVERY; W.AVERY ; 1947 Tome II pp 597-598 [Société de psychiatrie de l'Illinois]

- /493/ Résultat du traitement des psychoses séniles par la vitamine B. ; G.WADSWORTH; E.QUESNEL; E.MURPHY; M.GERSON; V.FISH; P.NOGEÉ ; 1947 Tome II pp 100 [The American Journal of Psychiatry]
- /494/ Etudes sur les psychoses séniles et artérioscléreuses. ; H.WILLIAMS; E.QUESNEL; V.FISH; L.GOODMAN ; 1947 Tome I pp 450 [The American Journal of Psychiatry]
- /495/ Les réactions délirantes toxiques des personnes âgées. ; G.ROBINSON ; 1947 Tome I pp 450 [The American Journal of Psychiatry]
- /496/ Des facteurs pronostiques dans les psychoses d'involution. ; S.DROBNES ; 1947 Tome II pp 343-344 [The American Journal of Psychiatry]
- /497/ Le liquide céphalo-rachidien dans la démence sénile et ses rapports avec le tableau clinique. ; J.SUPPIGER ; 1947 Tome I pp 549 [Clinique psychiatrique de l'Université de Zurich]
- /498/ Le traitement des gens âgés par l'électrochoc ; F.FELDMAN; S.SUSSELMAN; B.LIPETZ; S.E.BARRERA ; 1948 Tome II pp 403 [Archives of neurology and psychiatry]
- /499/ Caractéristiques de la santé mentale dans la vieillesse. ; A.L.FISCHER ; 1948 Tome I pp 647 [Revue suisse d'hygiène]
- /500/ Problèmes psychologiques de la personnalité vieillissante. ; A.L.VISCHER ; 1948 Tome II pp 107 [Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales]
- /501/ Les manifestations hystériques à l'âge sénile. ; T.BAZZI ; 1949 Tome II pp 350 [Rassegna di neuropsichiatria]
- /502/ Recherches ergographiques chez les vieilles femmes, action des extraits endocriniens. ; C.I.PARHON; L.COPELMAN ; 1949 Tome I pp 329 [Bulletin de l'Académie roumaine, section scientifique]
- /503/ Des méthodes de choc convulsivantes chez les malades âgés de plus de soixante-dix ans et atteints de troubles affectifs. ; C.B.WILBUR; A.FORTES ; 1950 Tome II pp 579 [The American Journal of Psychiatry]
- /504/ Tâches et limites de la gérontologie. ; A.L.VISCHER ; 1950 Tome II pp 133 [Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften]
- /505/ Les psychoses involutives. Etude socio-psychiatrique. ; W.MALAMUD; S.SANDS; I.MALAMUD; J.POWERS ; 1951 Tome II pp 102 [The American Journal of Psychiatry]
- /506/ Recherches expérimentales sur les modifications dites séniles des neurofibrilles intracellulaires. ; K.STERN; K.A.C.ELLIOT ; 1951 Tome II pp 475 [The American Journal of Psychiatry]
- /507/ Etudes sur la gémellité et la sénescence. ; F.KALLMANN; G.SANDER ; 1951 Tome I pp 523 [The American Journal of Psychiatry]
- /508/ Vieillesse et crainte de la mort. ; D.KOTSOVSKY ; 1951 Tome II pp 472 [Revue suisse de psychologie pure et appliquée]
- /509/ Sur la genèse des troubles mentaux de la sénilité. ; L.BONNAFE; J.CALVET; J.TRONCHE ; 1951 Tome II pp 365 [Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française]
- /510/ L'influence du vieillissement de la population suisse sur la population des hôpitaux psychiatriques. ; H.BERSOT ; 1951 Tome II pp 365 [Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française]
- /511/ Les grands problèmes de la santé mentale: la vieillesse et les conditions de la vie sociale urbaine. ; P.A.CHATAGNON ; 1951 Tome II pp 365 [Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française]
- /512/ Hygiène mentale du vieillissement. ; A.REPOND ; 1951 Tome I pp 401 [Pro senectute]
- /513/ Aspects psychologiques de la vieillesse. ; E.MINKOWSKI ; 1952 Tome I pp 656 [L'évolution psychiatrique]
- /514/ Sénilité et démence. Considérations à propos des atrophies cérébrales. ; I.DA CUNHA LOPEZ ; 1953 Tome II pp 106 [Cultura Medica]
- /515/ Analyse dans un âge avancé. ; M.CUTNER ; 1953 Tome I pp 718 [The British Journal of Medical Psychology]
- /516/ Réactions au chagrin à une période avancée de la vie. ; K.STERN; G.M.WILLIAMS; M.PRADOS ; 1953 Tome I pp 717-718 [The American Journal of Psychiatry]

- /517/ Les conditions séniles en service ouvert. ; J.C.MILLER ; 1953 Tome II pp 749 [Laval Médical]
- /518/ Psychoses curables de l'âge avancé. ; G.H.LARUE; M.BOUCHARD ; 1954 Tome II pp 285 [Laval médical]
- /519/ Involution et psychoses ; A.PELLETIER; M.BOISVERT ; 1954 Tome II pp 285 [Laval médical]
- /520/ Considérations sur les soins à donner aux vieillards. ; H.E.CLOW ; 1954 Tome II pp 632-633 [The American Journal of Psychiatry]
- /521/ Le quartier pour les malades mentaux âgés. Les techniques pour leurs directives psychologiques. ; R.GINZBERG ; 1954 Tome II pp 631-632 [The American Journal of Psychiatry]
- /522/ Les problèmes médico-légaux de la vieillesse. ; J.A.GARCIA ; 1954 Tome I pp 299 [Medicina, cirurgia, farmacia]
- /523/ Etude d'une épreuve gestaltique (épreuve des "actes interrompus et du complément des actes") appliquée à la psychopathologie de l'âge involutif. ; M.NISTRÌ ; 1954 Tome I pp 255 [Rassegna di studi psichiatrici]
- /524/ Un centenaire étudié au moyen du test de Rorschach. ; C.RIZZO ; 1954 Tome I pp 255 [Archives internationales de neurologie]
- /525/ Considérations préliminaires à l'étude de la sénescence; manifestations et formes cliniques. ; M.RENAUD ; 1954 Tome I pp 132 [Bulletin de l'Académie nationale de médecine]
- /526/ Anxiété après traitement par électrochoc dans la mélancolie d'involution. ; T.FREEMAN; J.L.CAMERON ; 1955 Tome II pp 171 [The British Journal of Medical Psychology]
- /527/ L'exploration surrénale chez le vieillard. ; J.WARTER; J.SCHWARTZ; E.PIVEL ; 1955 Tome I pp 870 [Association française de biologie médicale]
- /528/ Plaques séniles et artério-sclérose cérébrale. Absence de rapports de dépendance entre les deux processus. Etude statistique. ; A.ARAB ; 1955 Tome I pp 691 [Revue neurologique]
- /529/ Etudes sur le processus de la vieillesse; facteurs qui influencent la mentalité des personnes âgées. ; E.W.BUSSE; R.H.BARNES; A.J.SILVERMAN; C.M.SHY; M.THALER; L.L.FROST ; 1955 Tome II pp 329-330 [The American Journal of Psychiatry]
- /530/ Sur la vieillesse. ; E.E.KRAPF ; 1955 Tome I pp 661-662 [Proceedings of the Royal Society of Medicine, section of Psychiatry]
- /531/ Observations sur le traitement de la dépression d'involution par la psychothérapie de groupe. ; J.L.CAMERON; T.FREEMAN ; 1956 Tome II pp 942 [The British Journal of Medical Psychology]
- /532/ Effets de la réserpine et de la réserpine associée aux psychotoniques dans quelques psychopathies séniles. ; F.NEGRI ; 1956 Tome II pp 520 [Symposium national italien sur la réserpine et la chlorpromazine en neuro-psychiatrie]
- /533/ Cholestérol et lipoprotéine dans le tableau humoral de la démence sénile et artérioscléreuse. ; A.SCANU; C.SINISI; M.MANCINI; S.SCHIANO ; 1956 Tome I pp 915 [L'Ospedale psichiatrico]
- /534/ La pathologie de la sénilité. ; D.G.WILSON ; 1956 Tome I pp 304-305 [The American Journal of Psychiatry]
- /535/ Etudes sur les processus de la vieillesse. Les forces et les faiblesses des fonctions psychiques chez les sujets âgés. ; E.BUSSE; R.BARNES; A.SILVERMAN; M.THALER; L.FROST ; 1956 Tome I pp 303 [The American Journal of Psychiatry]
- /536/ Psychologie de la vieillesse. ; J.RATTNER ; 1956 Tome I pp 142 [Revue suisse d'hygiène]
- /537/ Deux cas de psychose d'involution maniaque et mélancolique. Observation post-électrochocs. ; Th.KAMMERER; R.EBTINGER; R.BRAUN; R.HERZ ; 1957 Tome II pp 315 [Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy]
- /538/ Considérations générales sur le pronostic des psychoses séniles. ; M.FEUILLET; J.HENRY; C.COLMART ; 1957 Tome I pp 147 [Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy]
- /539/ Sur l'emploi des médicaments ataraxiques en gériatrie psychiatrique. ; A.ZUBIANI; D.DE MAIO ; 1957 Tome II pp 1031 [Giornale di Gerontologia]
- /540/ Senescence, sénilité et maladie d'ALZHEIMER. ; N.RASKIN; R.EHRENBERG ; 1957 Tome I pp 372-373 [The American Journal of Psychiatry]

- /541/ Etudes de la perception dans la démence sénile. Sélection de motifs comme fonction de l'intelligence. ; M.WILLIAMS ; 1957 Tome I pp 563 [The British Journal of Medical Psychology]
- /542/ Contribution au diagnostic différentiel entre démence sénile et démence artérioscléreuse. ; V.CAMARA; T.ARRANZ ; 1957 Tome I pp 562 [Informaciones Psiquiatricas]
- /543/ Problèmes et observations concernant l'évaluation de la sénilité par les tests d'effcience. ; B.BARUCCI; F.MORI ; 1957 Tome II pp 988-989 [Giornale di gerontologia]
- /544/ Longévité, sénescence, pathologie hérédo-constitutionnelle tardive. ; E.GREPPI ; 1957 Tome II pp 198 [Archivio di Medicina Mutualistica]
- /545/ Contribution à l'étude des conditions d'assistance des vieillards; le cas des vieillards "difficiles". ; M.BONVALET-ACHARD ; 1957 Tome II pp 585-586 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /546/ Un cas de mélancolie d'involution avec dégénérescence du centre médian du thalamus. ; G.COZZO ; 1958 Tome I pp 572 [Il Lavoro neuro-psichiatrico]
- /547/ Le comportement de la fonction cortico-surrénale au cours de la sénescence ; M.ALBEAUX-FERNET; P.BUGARD; J.D.ROMANI ; 1958 Tome II pp 1117 [Annales d'endocrinologie]
- /548/ Etude psychodiagnostique de la démence sénile. ; J.GRASES ; 1958 Tome II pp 1071-1072 [Informaciones Psiquiatricas]
- /549/ Contribution au diagnostic et au pronostic des dépressions de l'âge involutif. ; C.MODONESI; L.SINISI ; 1958 Tome II pp 190-191 [Neuropsychiatria]
- /550/ Aspects biologiques et pathologiques de la sénescence. ; G.DI MACCO ; 1958 Tome I pp 384 [Archivio di Medicina Mutualistica]
- /551/ Sur le comportement de la fonction sensitive des membres supérieurs dans la sénilité. (Recherches conduites selon la méthode de l'ischémie provoquée). ; R.GALETTI; P.PROCACCI; L.VECCHIET ; 1959 Tome II pp 953-954 [Giornale di Gerontologia]
- /552/ Contribution clinique et psychopathologique au problème du délire survenant à l'âge sénile. ; B.CALLIERI; R.PRIORI ; 1959 Tome I pp 423-424 [Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria]
- /553/ Observations sur certaines psychoses organiques de la période involutive de la vie se rapportant surtout à leur pathologie. ; W.H.MAC MENEMEY ; 1959 Tome I pp 422-423 [Neurologia; Psichiatria; Neurochirurgia]
- /554/ Note préliminaire sur l'hyaluronidase intrarachidienne chez des malades séniles et artérioscléreux. ; T.ARRANZ ; 1959 Tome I pp 247 [Informaciones psiquiatricas]
- /555/ Les carences alimentaires chez le vieillard et leurs conséquences dans le domaine psychiatrique. ; J.POSTEL; M.POSTEL ; 1959 Tome II pp 328 [Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française]
- /556/ Histochemie des plaques séniles et de la substance fondamentale du cerveau. Contribution personnelle et considérations critiques. ; C.D'ANGELO; P.DE GIACOMO ; 1959 Tome I pp 602 [Il Lavoro Neuropsychiatrico]
- /557/ Parallélisme entre les artériopathies périphériques et les artériopathies cérébrales dans la sénilité. ; E.SCARNELLI; U.BECATTINI ; 1959 Tome I pp 231 [Giornale di Gerontologia]
- /558/ La "pseudo-sénilité", expression d'un état affectif au-delà de soixante ans. ; S.CIBELLI ; 1959 Tome I pp 426-427 [Rassegna di Studi Psichiatrici]
- /559/ Contribution à l'étude des personnes âgées par le test noético-perceptif. ; A.DEVOTO ; 1959 Tome I pp 225 [Giornale di Gerontologia]
- /560/ Le changement des structures "psychiques" dans la vieillesse. ; N.GY ; 1959 Tome I pp 962-963 [Idegyogyaszati Szemle]
- /561/ Observations sur le développement naturel de la génétique des psychoses du vieil âge. Matériel suédois, 1931-1937 ; D.KAY ; 1960 Tome I pp 374-375 [Proceedings of the Royal Society of Medicine]
- /562/ L'importance de l'hypoxie comme méthode d'activation électroencéphalographique chez les épileptiques, les vasculopathes et les séniles cliniquement normaux. ; V.FLORIS; E.FAILLA; C.MOROCUTTI; R.NURCHI ; 1960 Tome II pp 379-380 [Acta Neurologica]

- /563/ Psychiatrie de la sénilité. ; C.PARHON-STEFANESCU ; 1960 Tome II pp 375-376 [Journal de neuropathologie et de psychiatrie, Korsakoff]
- /564/ Sur la possibilité de rémissions dans les psychoses de la sénilité avec délires ou syndromes délirants hallucinatoires. ; V.I.PREDESKOU ; 1960 Tome II pp 375 [Journal de neuropathologie et de psychiatrie, Korsakoff]
- /565/ Sur la vieillesse des schizophrènes. Contribution au problème des états schizophréniques terminaux. ; C.MÜLLER ; 1960 Tome II pp 362-363 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /566/ La rééducation fonctionnelle du vieillard handicapé. ; J.CLERNES; O.DEMOL ; 1960 Tome II pp 187 [Séminaires belges de réadaptation]
- /567/ La fonction thyroïdienne du vieillard. ; J.WARTER; L.ASCH; C.ARON ; 1960 Tome I pp 605 [Annales d'endocrinologie]
- /568/ Caractéristiques des déments séniles hospitalisés. ; M.PICARD ; 1960 Tome I pp 190 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /569/ Contribution à la connaissance de l'angiopathie dysorique. Sur un cas de démence sénile avec altérations vasculaires étendues dans le cortex cérébral. ; F.GIACANELLI; R.CORNELI ; 1961 Tome II pp 414 [Annali di Neurologia e Psichiatria e Annali Ospedale Psichiatrico di Perugia]
- /570/ La mélancolie d'involution. Etude étiologique, clinique et sociale de la dépression endogène de l'âge avancé avec références spéciales aux facteurs génétiques. ; A.STENSTEDT ; 1961 Tome II pp 386-387 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /571/ Mesures objectives rapides pour déterminer l'état mental des personnes âgées. ; R.KAHN; A.COLFARD; M.POLLACK; A.PECK ; 1961 Tome II pp 220 [The American Journal of Psychiatry]
- /572/ Approche psychopathologique des attitudes temporelles chez les séniles (Etude psychoclinique du travail thérapeutique). ; A.FERNANDEZ-ZOILA; M.LEBRETON ; 1961 Tome I pp 1026 [L'hygiène mentale]
- /573/ Les problèmes économiques découlant de l'encombrement des hôpitaux psychiatriques par les vieillards. ; J.A.HUET ; 1962 Tome II pp 796 [L'hygiène mentale]
- /574/ Essai clinique sur le vieillissement. Son application à une population de malades mentaux. ; L.LORET ; 1962 Tome II pp 424-425 [Société de médecine mentale de Belgique]
- /575/ Etude clinique, psychométrique, électrocardiographique et électroencéphalographique du Cosaldon en psychiatrie gériatrique. ; J.PAQUAY; F.ARNOULD; P.BURTON; J.PIERSOTTE; M.TINANT ; 1962 Tome II pp 424 [Société de médecine mentale de Belgique]
- /576/ Critères pour l'admission des personnes âgées dans les unités gériatriques et psychiatriques. ; C.B.KIDD ; 1962 Tome II pp 165-166 [Journal of Mental Science]
- /577/ La schizophrénie tardive. ; P.BELIVACQUA ; 1962 Tome I pp 1007 [Neuropsychiatria]
- /578/ La tentative de suicide chez les déments séniles et artériosclérotiques. ; E.ROSSELLA ; 1962 Tome I pp 994 [Folia psychiatrica]
- /579/ Contribution à l'étude anatomique et pathogénique des démences séniles. ; L.DUJARIER ; 1962 Tome I pp 852-853 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /580/ Les émergences névrotiques au cours du vieillissement. ; G.DEDIEU-ANGLADE ; 1962 Tome I pp 660 [Revue française de Gérontologie]
- /581/ Etude psychique du vieillard. ; M.GELINET ; 1962 Tome I pp 660 [Revue de Médecine]
- /582/ Pronostic des maladies mentales chez les sujets âgés. ; M.STRAKER ; 1963 Tome II pp 824-825 [The American Journal of Psychiatry]
- /583/ Comparaison entre le jugement du vieillard et le jugement porté sur lui par le personnel soignant. ; H.BECK; D.DUREY; S.PACAUD ; 1963 Tome II pp 139 [L'hygiène mentale]
- /584/ Sur une action réserpine-like de l'alcool dans l'organisme sénile. ; U.CAVALIERI; A.QUADRI; A.E.TAMMARO ; 1963 Tome II pp 131 [Giornale di gerontologia]
- /585/ La turbulence nocturne du vieillard psychotique. ; S.M.STREJILEVICH ; 1963 Tome II pp 123 [L'encéphale]
- /586/ Etude électroencéphalographique du sommeil du vieillard normal et pathologique. ; G.C.LAIRY; M.COR-MORDRET; R.FAURE; S.RIDJANOVIC ; 1963 Tome I pp 631 [Revue neurologique]

- /587/ Tétanie méconnue se présentant comme épilepsie chez une femme âgée. ; S.FIRTH ; 1963 Tome I pp 516 [Proceedings of the Royal Society of Medicine]
- /588/ Une vue d'ensemble de 100 admissions de femmes âgées dans un hôpital psychiatrique. ; P.A.MORRIS ; 1963 Tome I pp 313 [The Journal of Mental Science]
- /589/ La vieillesse. Problème d'aujourd'hui. ; Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques ; 1963 Tome I pp 294-295 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /590/ Etude anatomique des artères carotides et vertébrales au cours des démences séniles. ; J.DELAY; S.BRION; R.ESCOUROLLE; L.DUJARIER ; 1963 Tome I pp 276 [Société française de neurologie]
- /591/ Démographie, revenu national et mise à la retraite. ; G.MARIA BALDI ; 1964 Tome II Num 4 pp 622-624 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /592/ Contribution à l'étude de certains problèmes de géronto-psychiatrie et perspectives d'avenir. ; F.COVERT ; 1964 Tome II Num 2 pp 287 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /593/ Atrophie sénile des pariétaux. Contribution casuistique et mise à jour de la littérature. ; A.CARIMATI ; 1964 Tome I Num 5 pp 847 [Giornale di Gerontologia]
- /594/ Gériatrie et santé mentale. ; J.DALMA ; 1964 Tome I Num 4 pp 670 [Psiquiatria]
- /595/ Etude sur la première hospitalisation de 138 personnes âgées. ; M.MYERS; D.SHELDON; S.ROBINSON ; 1964 Tome I Num 3 pp 513 [The American Journal of Psychiatry]
- /596/ La façade de l'âge chronologique. Une interprétation sommaire. ; R.BUTLER ; 1964 Tome I Num 3 pp 511-512 [The American Journal of Psychiatry]
- /597/ Etude de l'activité psychique de la femme sénile. ; M.CESA-BIANCHI; C.CARATI ; 1964 Tome I Num 3 pp 494-495 [Giornale di Gerontologia]
- /598/ Incidence neuro-psychiatrique sur la séméiologie générale et la séméiologie humorale du vieillissement. Séméiologie d'organe. ; I.PASSANISI; M.ROSSI; A.BATTISTI ; 1964 Tome I Num 3 pp 493-494 [Giornale di Gerontologia]
- /599/ Tests de Wechsler et de Goldstein dans la démence sénile. ; L.MOYA ; 1965 Tome II Num 2 pp 274-275 [Acta psiquiat. psicol. Amer. Lat.]
- /600/ Quelques considérations étiologiques nouvelles sur la psychose maniaco-dépressive, la schizophrénie et les psychoses d'involution. ; R.J.BURCH ; 1965 Tome I Num 2 pp 352-353 [The British Journal of Psychiatry]
- /601/ Manual de Psicogeriatría ; E.MOUCHET ; 1966 Tome II Num 5 pp 711-712 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /602/ Admissions gériatriques à l'hôpital psychiatrique. ; E.HERBERT; S.JACONSON ; 1966 Tome II Num 3 pp 396 [The British Journal of Psychiatry]
- /603/ L'adaptation à la sénilité. ; J.BROZEK ; 1966 Tome II Num 2 pp 253-254 [Giornale di Gerontologia]
- /604/ Observations psychiatriques de malades âgés récemment admis dans un hôpital régional. ; ELFRIEDE-ALBERT ; 1966 Tome I Num 3 pp 468-469 [Psychiat.neurol.]
- /605/ Un test simple pour des malades âgés. ; B.ISAACS; F.A.WALKEY ; 1966 Tome I Num 2 pp 300-301 [The British Journal of Psychiatry]
- /606/ La réaction type-schizophrénique à l'âge avancé de la vie. ; F.POST ; 1967 Tome II Num 5 pp 839 [Proceedings of the Royal Society of Medicine]
- /607/ De la sénilité à l'heure actuelle. Vue d'ensemble. ; E.W.BUSSE ; 1967 Tome II Num 5 pp 838 [The American Journal of Psychiatry]
- /608/ Des rapports mesurés entre les états démentiels et les modifications dégénératives dans la substance grise cérébrale des sujets d'un certain âge. ; M.ROTH ; 1967 Tome II Num 4 pp 670 [Proceedings of the Royal Society of Medicine]
- /609/ Comparaison entre les résultats obtenus par la psychothérapie de groupe entre les séniles récemment hospitalisés et les mentaux hospitalisés depuis longtemps. ; R.WOLK; A.GOLDFARE ; 1967 Tome II Num 4 pp 668 [The American Journal of Psychiatry]
- /610/ Schizophrénie tardive et syndromes paranoïdes de l'âge involutif. ; F.GIBERTI; V.DE CAROLIS ; 1967 Tome II Num 3 pp 480-481 [Neuropsychiatria]
- /611/ Alcoolisme et vieillesse, incidence de la pathologie mentale, quelques considérations clinico-statistiques. ; A.MADEDU ; 1967 Tome II Num 2 pp 348-349 [Giornale di Gerontologia]

- /612/ L'avenir vu par le vieillard en maison de retraite. Premiers résultats d'une enquête psychosociale. ; G.DARCOURT; J.LAVAGNA; C.CAPDEVILLE; M.WOERTH ; 1967 Tome II Num 1 pp 146 [Société de psychiatrie de Marseille et du Sud-Est méditerranéen]
- /613/ Note à propos de l'utilisation d'une sulfadiazine dans les syndromes d'affaiblissement psychique. ; J.LAUNAY; E.LITEANU; LASSALLE ; 1967 Tome I Num 5 pp 782-783 [Société Moreau de Tours]
- /614/ Ecmnésie au cours de la démence sénile. ; A.GUERIN; J.CASAMAYOR ; 1967 Tome I Num 1 pp 131 [Société de neuro-psychiatrie de Bordeaux]
- /615/ Etude clinico-statistique des psychoses de l'âge avancé. ; N.F.CHAKHMATOV ; 1968 Tome II Num 2 pp 306 [J. de neuropath. et de psychiat. S.S. Korsakoff]
- /616/ Considérations sur un cas singulier de vagabondage chez un dément artérioscléreux. ; S.SOVERINI; E.BORGHESI ; 1969 Tome I Num 5 pp 861 [Giornale di Gerontologia]
- /617/ Quelques particularités démographiques et psychosociales de la population âgée d'Argentine, l'influence de l'émigration européenne. ; M.STREJILEVICH ; 1969 Tome I Num 5 pp 835 [Acta psychiat. psicol. Amer. lat.]
- /618/ Psychiatrie du grand âge. ; C.MÜLLER ; 1969 Tome I Num 2 pp 340-341 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /619/ Dépression et vieillesse. Etudes catamnétiques sur le vieillissement et la mortalité de 555 anciens patients dépressifs. ; L.CIOMPI; G.LAI ; 1970 Tome II Num 4 pp 644-645 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /620/ Problèmes psychiatriques de l'involution et ses rapports avec l'athérosclérose, étude psychobiologique, clinique et thérapeutique. ; N.GOLDSTEIN ; 1970 Tome II Num 2 pp 315-316 [Anal. de la clin. psychiat.]
- /621/ Traitement psychiatrique pour les personnes âgées, pub ou drogue? ; C.P.CHIEN ; 1972 Tome I Num 2 pp 300 [The American Journal of Psychiatry]
- /622/ Action médico-sociale en faveur des personnes âgées. ; ; 1973 Tome I Num 2 pp 298 [XXIe assemblée fédérale des Sociétés de Croix-Marine]
- /623/ Phénoménologie des états dépressifs de l'âge involutif. ; M.PISCOPO ; 1974 Tome II Num 5 pp 806 [Folia neuropsychiatrica]
- /624/ Vieillir, projet pour vivre ; H.REBOUL ; 1974 Tome I Num 4 pp 549 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /625/ Gériatrie pratique. ; H.P.VON HAHN ; 1975 Tome II Num 5 pp 981-982 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /626/ La prévention du quatrième âge. ; R.HUGONOT ; 1976 Tome II Num 2 pp 343-344 [Psychologie médicale]
- /627/ Délire métabolique et dépression involutive rigide dans l'âge avancé. ; H.DIETRICH ; 1976 Tome I Num 5 pp 778-779 [Psychiat.clin.]
- /628/ La gériatrie dans la pratique médicale. ; W.H.HAUSS; W.OBERWITTER ; 1976 Tome I Num 4 pp 588 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /629/ Géronto-psychiatrie, compte-rendu d'une expérience. ; M.BRUN ; 1977 Tome II Num 3 pp 564 [Psychiatries]
- /630/ Témoignage sur un stage d'interne en gériatrie. ; F.NATALI ; 1977 Tome I Num 4 pp 710 [Cahiers médicaux]
- /631/ Rôle des personnes âgées dans la formation de la personnalité de l'enfant. ; F.COURTINES-LAVAL ; 1979 Vol 137 Num 8 pp 873 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /632/ Psychopathologie et dynamique des troubles hystériques psychogènes au début du présenium et de la vieillesse. ; I.I.SERGUEIFF ; 1979 Vol 137 Num 1-2 pp 172-173 [J. de neuropath. et de psychiat. S.S.Korsakoff]
- /633/ L'Hydergine dans la détérioration mentale sénile. ; D.M.LOEW; C.WEIL ; 1982 Vol 140 Num 8 pp 947 [Gerontology]
- /634/ Electrochoc unilatéral et bilatéral chez des malades âgés. Etude comparative. ; R.M.FRASER; J.B.GLASS ; 1982 Vol 140 Num 2 pp 290-291 [Acta psychiat.scand.]

- /635/ Projet d'évaluation de la prévalence des troubles démentiels observés chez les sujets de plus de 65 ans hospitalisés dans les institutions du département de la Côte-d'Or. ; A.GISSELMANN ; 1982 Vol 140 Num 2 pp 284 [Société de psychiatrie de Bourgogne]
- /636/ Le choix des antidépresseurs en psychogériatrie. ; N.MOAMAI ; 1985 Vol 143 Num 7 pp 611 [Première rencontre franco-canadienne]
- /637/ Effets des relations familiales sur les troubles psychiques des patients âgés. ; K.BERGMANN; V.MANCHEE; R.T.WOODS ; 1985 Vol 143 Num 3 pp 306-307 [Journal of the Royal Society of Medicine]
- /638/ Introduction à la psycho-gériatrie. ; I.SEMEONE; G.ABRAHAM ; 1986 Vol 144 Num 2 pp 193-194 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /639/ Confusion et test de suppression à la dexaméthasone chez les sujets âgés. ; H.KOPONEN; U.STENBÄCK; P.J.RIEKKINEN ; 1987 Vol 145 Num 9 pp 805-806 [Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, Universitetsforlaget, Oslo]
- /640/ Les troubles psychiques chez les malades âgés hospitalisés dans des services de médecine. ; B.COOPER ; 1987 Vol 145 Num 3 pp 289 [Journal of the Royal Society of Medicine]
- /641/ Les déterminants psychologiques de la chute chez la personne âgée, à propos d'une enquête épidémiologique portant sur 100 chutes observées à l'hôpital chez des personnes de plus de 65 ans, illustrée par 8 cas cliniques. ; P.SEFFERT ; 1988 Vol 146 Num 3 pp 276 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /642/ Prise en charge psychiatrique et médicale des troubles du vieillissement dans la perspective démographique actuelle. ; C.MOUZET ; 1988 Vol 146 Num 3 pp 272 [Société de psychiatrie, neurologie et psychologie clinique du Centre Auvergne et Limousin]
- /643/ Intoxication médicamenteuse volontaire du sujet âgé: expérience du S.A.M.U de Paris. ; J.HERBERT-STEVENS; P.SAUVAL; G.BARRIER ; 1989 Vol 147 Num 5 pp 628 [Gériatrie contemporaine]
- /644/ Sur la cyclothymie tardive, d'après les données d'une consultation de gérontologie dans une polyclinique de pratique générale. ; N.M.MIKHAILOVA; I.B.MOROZ ; 1989 Vol 147 Num 4 pp 515-516 [J. de neuropath. et de psychiat.S.S. Korsakov]
- /645/ Investigations cliniques et paracliniques dans le vieillissement cérébral. ; D.GUEZ ; 1989 Vol 147 Num 1 pp 156 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /646/ La question du vieillissement. ; H.BIANCHI; J.GAGEY; J.M.MOREIGNE; G.BALBO; D.Y.POIVET; L.V.THOMAS ; 1990 Vol 148 Num 3 pp 328 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /647/ Les courants innovateurs en gérontopsychiatrie. ; J.WERTHEIMER; P.BAUMANN; M.GAILLARD; P.SCHWED ; 1990 Vol 148 Num 3 pp 324-325 [Revue des Livres, Thèses et Brochures]
- /648/ Cholestérol plasmatique et symptômes dépressifs chez l'homme très âgé. ; R.E.MORGAN; L.A.PALINKAS; E.L.BARRETT-CONNOR; D.L.WINGARD ; 1993 Vol 151 Num 10 pp 739 [Lancet]
- /649/ Karen Blixen: un cas d'anorexie mentale du troisième âge. ; A.CHEVRIER ; 1994 Vol 152 Num 5 pp 334 [Actualités psychiatriques]
- /650/ Histoire de la Médecine; J.Charles SOURNIA (Ed La Découverte)
- /651/ Histoire de la Médecine, de la Pharmacie, de l'Art dentaire et de l'Art vétérinaire; J. POULET; J-Ch SOURNIA; M. MARTINY
- /652/ Nouvelle histoire de la psychiatrie; J. POSTEL
- /653/ Un siècle de psychiatrie; P. PICHOT; 1983; Lab. ROCHE
- /654/ Pathologies du vieillissement; J-M LEGER, J-F TESSIER, M. D. MOUTY; 1989 coll de Psychiatrie pratique

TABLE DES MATIERES

I. - INTRODUCTION	10
II. - PRESENTATION DES ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES	14
A. - Naissance des Annales Médico-Psychologiques	14
B. - Naissance de la Société Médico-Psychologique.	15
C. - Les Annales et la Société Médico-Psychologiques au cours de l'Histoire.	17
D. - Les Annales Médico-Psychologiques et le sujet âgé.	18
III. - PREMIERE PERIODE : 1843 - 1950	21
A. - Milieu et fin du XIX siècle	21
1. - Rappel historique	21
2. - Le sujet âgé dans les Annales Médico-Psychologiques à cette époque.	24
B. - Les Annales Médico-Psychologiques durant la première moitié du XXe siècle.	29
1. - Rappel historique	29
2. - Le sujet âgé dans les Annales Médico-Psychologiques à cette époque	33
IV. - SECONDE PERIODE : 1950 A NOS JOURS	46
A. - Le sujet âgé dans les Annales Médico-Psychologiques de 1950 à 1960	46
B. - Le sujet âgé dans les Annales Médico-Psychologiques de 1960 à nos jours.	55

V. - ANALYSE STATISTIQUE	133
A. - Les mémoires originaux et communications de la Société Médico-Psychologique.	133
B. - La revue de presse	143
C. - Etude comparative.	154
1. - Etude comparée avec la revue de presse des Annales Médico-Psychologiques.	157
2. - Etude comparée avec les mémoires originaux et les communications de la Société Médico-Psychologique.	158
VI. - CONCLUSIONS	162
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	165
BIBLIOGRAPHIE	184



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 14

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

Le vieillissement de leur population est l'un des phénomènes de société les plus marquants pour la plupart des pays occidentaux. A l'aube de ce troisième millénaire, la discipline gériatrique s'impose comme une connaissance indispensable à l'exercice de tout praticien. Elle nécessite un abord global de la personne âgée, dans ses dimensions biologique, psychologique et écologique, profondément intriquées. L'évolution progressive du concept de psychogériatrie a permis une meilleure prise en charge des sujets âgés. Pour retracer l'historique de ce concept, nous nous sommes appuyés sur une revue de référence, les Annales Médico-Psychologiques, véritable encyclopédie de la psychiatrie dont la première parution date de 1843.

MOTS-CLES

- Personnes âgées
- Psychogériatrie: historique
- Annales Médico-Psychologiques