

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
FACULTÉ DE MÉDECINE



Année 2008

Thèse N°... 3159/A

**TROUBLES DÉLIRANTS D'APPARITION
TARDIVE :
ÉTUDE RÉTROSPECTIVE SUR 5 ANS
AU CENTRE DE PSYCHOGÉRIATRIE
JEAN-MARIE LÉGER**

THÈSE

Pour l'obtention du



DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 31 Octobre 2008.

Par

Guillaume CHANDON

Né le 11 novembre 1978 à CLICHY (Hauts-de-seine)

Directeur de Thèse

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT

Membres du jury

- M. le Professeur J-P. CLÉMENT.....Président.
M. le Professeur R. GAROUX.....Juge.
M. le Professeur L. MAGY.....Juge.
Mme le Professeur M-P TEISSIER.....Juge.
M. le Docteur J-F THERME.....Membre invité.
M. le Docteur F. VIÉBAN.....Membre invité.

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
FACULTÉ DE MÉDECINE

DOYEN DE LA FACULTÉ :

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur LASKAR Marc

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS- PRATICIENS HOSPITALIERS :

*C.S = Chef de service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (C.S)	OPHTAMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTÉRIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NÉPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MÉDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
AUBARD Yves (C.S)	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
BEDANE Christophe(C.S)	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe FF (C.S)	THÉRAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE

BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE- VÉNÉROLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHÉRAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GÉRIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PÉDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES BERNARD (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESSPORT Jean Claude	NUTRITION
DUDOIGNON Pierre (Sur 31/08/2009)	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MÉDECINE ET SANTÉ DU TRAVAIL

FEISS Pierre (C.S)	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HÉMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PÉDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	RÉANIMATION MÉDICALE
JACCARD Arnaud	HÉMATOLOGIE TRANSFUSION
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MÉDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PÉDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDECIALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (C.S)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE

MOULIES Dominique (C.S)	CHIRURGIEN INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
PARAF François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
RIGAUD Michel (Surnombre 31/08/2010) (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S)	MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION
SAUTEREAU Denis (C.S)	GASTRO-ENTÉROLOGIE, HÉPATOLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	CANCÉROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (C.S)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE-CHIRURGIE GÉNÉRALE
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
VERGNENEGRE Alain (C.S)	ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ-PRÉVENTION

VIDAL Elisabeth (C.S)	MÉDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	RÉANIMATION MÉDICALE
VIROT Patrice (C.S)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS :

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (C.S)	PHYSIOLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE- MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
DRUET-CABANAC Michel	MÉDECINE ET SANTÉ DU TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE-CHIRURGIE DIGESTIVE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FUNALOT Benoît	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
JULIA Annie	HÉMATOLOGIE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MOUNIER Marcelle	BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE- HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

PETIT Barbara	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
VERGNE-SALLE Pascale	THÉRAPEUTIQUE
VINCENT François	PHYSIOLOGIE

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François	PHYSIOLOGIE
-----------------------	-------------

P.R.A.G :

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEURS ASSOCIÉS A MI-TEMPS :

BUCHON Daniel	MÉDECINE GÉNÉRALE
BUISSON Jean-Gabriel	MÉDECINE GÉNÉRALE

MAÎTRE DE CONFÉRENCES ASSOCIÉ A MI-TEMPS :

DUMOITIER Nathalie	MÉDECINE GÉNÉRALE
PREVOST Martine	MÉDECINE GÉNÉRALE

REMERCIEMENTS

A notre Président du jury et directeur de thèse
Monsieur le Professeur Jean-Pierre Clément
Professeur des Universités. Psychiatrie adulte
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de service

Veillez trouver ici toute notre reconnaissance d'avoir accepté de diriger ce travail et en vous remerciant de l'honneur que vous nous faites de présider notre jury de thèse.

Vous nous avez guidé dans la découverte de la psychiatrie par votre enseignement.

Vous vous êtes rendu disponible pour nous conseiller dans la réalisation de cette thèse.

Nous espérons être un élève digne de votre enseignement.

A Monsieur le Professeur Roger Garoux
Professeur des Universités. Pédopsychiatrie
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de service

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faite de juger ce travail.

Nous sommes reconnaissants pour vos conseils éclairés et l'enseignement que vous nous avez prodigué.

Nous espérons être un élève digne de vos enseignements.

A Monsieur le Professeur Laurent Magy
Professeur des Universités. Neurologie
Praticien Hospitalier

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faite de juger notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre respect.

A Madame le Professeur Marie-Pierre Teissier-Clément
Professeur des Universités. Endocrinologie Diabétologie
Maladies métaboliques Médecine de la reproduction
Praticien Hospitalier

Nous vous exprimons toute notre gratitude d'avoir accepté de juger notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre respect.

DÉDICACES

A mes parents

A Gautier, Anne-Caroline et Gilles-Antoine

A Blandine, pour tout...

A mes amis, Rico (un artiste à redécouvrir), Arnu (velu), Rosso (alias Scalpel), (oinji) Oinjo, Pit (gredin), Bibi Choco (le roi du petit déjeuner et fidèle compagnon de galère), Fofie(fonfec), Mémna, Bertrand, Gluglu (glaglotte), Aline (la fouine), Ciub (donne pas ma thèse au KGB), Benoît, Maïdear, Caro, Sigo, Billou, Tibo, Ballard et tous ceux avec qui j'ai partagé ces années d'études (entre autre).

A Karine, notre mère nourricière et le plus beau sourire de l'internat et à tous les internes en psychiatrie qui m'ont supporté : Benj, Mag, Karell, Mathilde, Zoze, Houdax, Paola, Patrick, Naurélien, Elodie, Adrien, Gregory et Coralie.

A tous les médecins du C.H. Esquirol qui m'ont enseigné la psychiatrie avec passion auprès des patients.

Mentions spéciales :

Au Docteur Jean-François Thermes qui par sa disponibilité, son humilité et ses connaissances, m'a orienté vers cette voie.

Au Docteur François Viéban qui par son amitié et ses connaissances m'a guidé dans la compréhension de la psychiatrie du sujet âgé.

A toutes les équipes soignantes du C.H. Esquirol avec qui j'ai toujours eu plaisir à travailler et qui m'ont beaucoup appris.

Aux secrétaires avec qui j'ai toujours eu plaisir à « jacasser ».

A Annie Druet-Cabanac pour son aide précieuse.

PLAN

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE : CONNAISSANCES THÉORIQUES CONCERNANT LES TROUBLES DÉLIRANTS D'APPARITION TARDIVE

1. DÉFINITIONS

2. HISTORIQUE

2.1 Les débuts de la clinique psychiatrique du sujet âgé

2.2 L'apport de l'école allemande

2.3 La voie de l'école française

2.4 Divergences nosographiques

2.5 Évolution des concepts à l'heure des classifications internationales

2.6 Le consensus international de 2000

3. ÉPIDÉMIOLOGIE

3.1 Prévalence du délire chez le sujet âgé

3.2 Prévalence en fonction de l'étiologie du délire

3.3 Caractéristiques générales de la population présentant un délire d'apparition tardive

3.3.1 Facteurs socio-démographiques

3.3.2 Facteurs psycho-sociaux

3.3.3 Facteurs médicaux

4. DIAGNOSTIQUES ÉTIOLOGIQUES DES TROUBLES DÉLIRANTS DU SUJET ÂGÉ

4.1 Processus démentiel

4.2 Troubles thymiques

4.2.1 Syndrome dépressif avec symptômes psychotiques

4.2.2 Trouble bipolaire

4.3 Confusion mentale

4.4 Psychoses

- 4.4.1 Psychoses schizophréniques vieilles
- 4.4.2 Psychoses chroniques systématisées
- 4.4.3 Psychoses schizophréniques de début tardif
- 4.4.4 Le syndrome d'Ekblom
- 4.4.5 Le délire à deux

4.5 Causes non psychiatriques

5. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES TROUBLES PSYCHOTIQUES TARDIFS

5.1 Mode de début

5.2 Symptômes positifs

- 5.2.1 Le syndrome délirant
- 5.2.2 Troubles du comportement

5.3 Symptômes négatifs

5.4 Désorganisation

5.5 Symptômes thymiques

6. CONSIDÉRATIONS ÉTIO-PATHOGÉNIQUES

6.1 Rôle des œstrogènes

6.2 Génétique

6.3 Imagerie

6.4 Neuro-cognition

7. PSYCHOPATHOLOGIE

7.1 Rôle des événements de vie

7.2 Rôle de la personnalité

7.3 Psychopathologie du vieillissement

7.4 Fonctions du délire chez le sujet âgé

8. STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

8.1 Considérations générales

- 8.1.1 Prise en charge
- 8.1.2 Traitement médicamenteux
- 8.1.3 Place des psychothérapies
- 8.1.4 Autres considérations

8.2 Thérapeutiques spécifiques

- 8.2.1 Thérapeutiques dans le cadre des étiologies psychotiques
- 8.2.2 Thérapeutiques dans le cadre des dépressions délirantes
- 8.2.3 Thérapeutiques dans le cadre des pathologies neuro-dégénératives

9. CONSIDÉRATIONS NOSOGRAPHIQUES

- 9.1 **Validité clinique des entités de schizophrénie tardive et de psychose Schizophréniforme d'apparition très tardive**
- 9.2 **Positions des classifications internationales**
- 9.3 **Place de la nosographie française**

DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DE 101 CAS DE DÉLIRES D'APPARITION TARDIVE

1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

2. MÉTHODOLOGIE

- 2.1 **Caractéristiques de l'étude**
- 2.2 **Critères d'inclusion et d'exclusion**
- 2.3 **Recueil des données**
- 2.4 **Outils statistiques**

3. RÉSULTATS

3.1 Résultats descriptifs

- 3.1.1 Caractéristiques générales
- 3.1.2 Éléments biographiques
- 3.1.3 Antécédents personnels
- 3.1.4 Antécédents familiaux
- 3.1.5 Facteur déclenchant éventuel
- 3.1.6 Motif d'hospitalisation

- 3.1.7 Description clinique
- 3.1.8 Diagnostic retenu
- 3.1.9 Imagerie

3.2 Résultats des tests statistiques

- 3.2.1 Test « T » de Student
- 3.2.2 Test du Chi 2

- 3.2.2.1 Présence d'événements de vie*
- 3.2.2.2 Présence d'un trouble de la personnalité*
- 3.2.2.3 Présence d'hallucinations*
- 3.2.2.4 Présence de symptômes thymiques*
- 3.2.2.5 Présence de symptômes dissociatifs*
- 3.2.2.6 Présence d'angoisse*

3.2.3 Test du Chi 2 appliqué à des sous-populations

- 3.2.3.1 Population présence/absence d'hallucinations*
- 3.2.3.2 Population présence/absence de symptômes thymiques*
- 3.2.3.3 Population présence/absence de symptômes dissociatifs*
- 3.2.3.4 Population présence/absence d'événements de vie à l'âge adulte*
- 3.2.3.5 Population présence/absence d'un trouble de la personnalité*

3.2.4 Régression logistique

- 3.2.4.1 Présence/absence d'hallucinations*
- 3.2.4.2 Présence/absence de symptômes thymiques*
- 3.2.4.3 Présence/absence de symptômes dissociatifs*
- 3.2.4.4 Présence/absence d'angoisse*

4. DISCUSSION

4.1 Difficultés rencontrées lors du recueil des données et limites de l'étude

4.2 A propos des données descriptives

- 4.2.1 Caractéristiques générales
- 4.2.2 Événements de vie
- 4.2.3 Antécédents personnels et familiaux
- 4.2.4 Facteur déclenchant
- 4.2.5 Motif d'hospitalisation

- 4.2.6 Description clinique
- 4.2.7 Diagnostic retenu
- 4.2.8 Imagerie

4.3 A propos des données comparatives

- 4.3.1 Interprétation des tests « T » de Student
- 4.3.2 Interprétation des tests du Chi 2

- 4.3.2.1 *A propos des événements de vie*
- 4.3.2.2 *A propos des troubles de la personnalité*
- 4.3.2.3 *A propos des hallucinations*
- 4.3.2.4 *A propos des symptômes thymiques*
- 4.3.2.5 *A propos des symptômes dissociatifs*
- 4.3.2.6 *A propos de l'angoisse*

4.3.3 Interprétation des tests du Chi 2 appliqués à des sous-populations

- 4.3.3.1 *Population présence/absence d'hallucinations*
- 4.3.3.2 *Population présence/absence de symptômes thymiques*
- 4.3.3.3 *Population présence/absence de symptômes dissociatifs*
- 4.3.3.4 *Population présence/absence d'événements de vie à l'âge adulte*
- 4.3.3.5 *Population présence/absence d'un trouble de la personnalité*

4.3.4 Interprétation des régressions logistiques

- 4.3.4.1 *Régression logistique concernant les hallucinations*
- 4.3.4.2 *Régression logistique concernant les symptômes thymiques*
- 4.3.4.3 *Régression logistique concernant l'angoisse*

4.4 Perspectives

CONCLUSION

Annexe

« Combien ma vile raison est tenace, puisque je persiste à garder l'ingénieux sentiment de mes immenses souffrances ! Mieux vaudrait pour moi la démence : mes pensées alors seraient distraites de mes chagrins et mes malheurs dans les errements de l'imagination perdraient la conscience d'eux-mêmes. »

Shakespeare, Le roi Lear

INTRODUCTION

Les troubles délirants d'apparition tardive constituent une entité clinique singulière parmi les troubles psychiatriques du sujet âgé. Le débat nosographique autour de cette pathologie reflète ce particularisme. Depuis Kraepelin, diverses conceptions ont tenté de rendre compte de la pathologie délirante du sujet âgé, en la rapprochant le plus souvent des psychoses classiques de l'adulte jeune. Certaines écoles, en particulier européennes, ont au contraire défendu cette singularité en s'appuyant sur les caractéristiques propres de ces troubles.

En effet, de nombreuses particularités tant épidémiologiques que cliniques et psychopathologiques distinguent les troubles délirants tardifs de la pathologie psychotique de l'adulte. Depuis les premiers travaux de Kraepelin et M. Bleuler jusqu'à ceux plus récents de Pearlson, de Howard ou d'Almeida, on retrouve : une forte prépondérance féminine, la fréquence d'un isolement socio-affectif, d'une désafférentation sensorielle et d'un trouble de la personnalité sous-jacent, la rareté des symptômes dissociatifs et de l'évolution déficitaire et enfin, la grande fréquence des hallucinations. Malgré ces divergences, un consensus international datant de 2000, a intégré ces troubles dans le vaste champ des schizophrénies, en créant deux entités cliniques : la schizophrénie tardive, pour les délires apparaissant après 45 ans et la psychose schizophréniforme d'apparition très tardive, pour ceux débutant après 60 ans. Un certain nombre de voix s'est élevé contre cette conception nosographique, mettant en avant le risque d'adulthoodisme et les différences fondamentales dans la prise en charge de ces patients par rapport aux sujets schizophrènes. Comme le dit à ce propos N. Bazin : « Il nous apparaît beaucoup plus pertinent pour les patients âgés présentant un délire inaugural, de rechercher le sens du délire...en effet le risque encouru, en posant le diagnostic de schizophrénie tardive n'est il pas de passer à côté d'un autre diagnostic nécessitant une prise en charge spécifique ? » (1).

Cette tendance actuelle visant à tout regrouper sous couvert d'une volonté de synthèse, représente effectivement un réel danger. Elle élude toute la dimension psychopathologique et l'analyse clinique précise, au prix d'une vision globalisante et d'une prise en charge stéréotypée ne prenant pas en compte l'individualité du patient. Ce type de démarche est

préjudiciable car elle annule tout le questionnement autour de ces troubles, qui en fait toute la richesse et la singularité. Il n'est pas anodin de développer des troubles délirants pour la première fois, à cette période cruciale que constitue la vieillesse. Ces troubles s'inscrivent dans une histoire et apparaissent à un moment charnière particulièrement difficile. Ce sont des éléments qu'il faut prendre en considération pour appréhender correctement ce type de pathologie.

Afin de rendre compte de cette richesse et de cette singularité des troubles délirants d'apparition tardive, nous avons étudié les patients hospitalisés pour ce motif entre 2003 et 2007, au centre de psychogériatrie Jean-Marie Léger, Centre Hospitalier Esquirol à Limoges. Tous les aspects de l'individu ont été recensés afin d'essayer de mieux comprendre la place de ces troubles dans la chronologie des sujets et de mettre en évidence ce qui les oppose aux modèles classiques de psychoses.

**PREMIÈRE PARTIE : CONNAISSANCES THÉORIQUES
CONCERNANT LES TROUBLES DÉLIRANTS
D'APPARITION TARDIVE**

1. DÉFINITION

Etymologiquement, le mot délire vient du latin « lira » qui signifie le sillon, précédé du suffixe « de » renvoyant à la notion d'extériorité. On peut donc littéralement définir le délire comme « en dehors du sillon » ; ce à quoi fait encore référence le verbe dérailler dans le sens de « s'écarter du bon sens, déraisonner » (2).

Dans la séméiologie psychiatrique le délire est une croyance erronée, en totale opposition avec la réalité ou l'évidence. Elle peut être invraisemblable ou plausible mais fausse et affirmée avec une croyance inébranlable. Elle est inaccessible à la démonstration ou à la preuve et ce malgré le fait de n'être pas partagée par le groupe socioculturel du sujet.

Pour le sujet, elle s'impose comme une « réalité interne » (3).

Un délire peut survenir dans un contexte d'altération de la conscience comme dans l'onirisme du syndrome confusionnel (d'où le terme anglo-saxon de « delirium ») ou dans un état de conscience normale au décours d'un trouble psychiatrique.

La pathologie délirante du sujet âgé recouvre un ensemble de phénomènes cliniques très différents sur le plan diagnostique et nosographique nécessitant un examen précis.

Nous entendons dans ce présent travail comme « délire d'apparition tardive », l'émergence d'idée délirante après 60 ans chez des patients n'ayant auparavant jamais présenté de délire ni de symptômes psychotiques.

Le terme de « délire tardif » renvoie lui à une classe nosographique de pathologies psychotiques de début tardif n'ayant pas tous les critères requis pour parler d'une authentique psychose schizophrénique.

2. HISTORIQUE

2.1 Les débuts de la clinique psychiatrique du sujet âgé (4)

Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, l'ensemble de la psychiatrie du sujet âgé est dominé par la démence sénile et peu de travaux s'intéressent à en décrire d'autres aspects. Quelques déclarations des aliénistes de l'école française laissent entrevoir cependant la possible existence de pathologies psychiques autres que sur le mode du déclin cognitif.

Pinel (1745-1826) le premier évoque la pathologie mentale du sujet âgé dans son « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale » dans le chapitre traitant de la démence.

Son élève Esquirol (1772-1840) poursuit son travail en définissant précisément la démence sénile en 1838 dans « Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal » et déclare dès 1814 dans son « Dictionnaire des Sciences Médicales » : « On pourrait croire que la manie peut être confondue avec la démence lorsqu'elle éclate dans un âge très avancé ; ce serait une erreur... ». Il individualise ainsi la première pathologie psychique hors du champ de la démence chez le sujet âgé.

En 1852, Morel (1809-1873) va plus loin en affirmant « Le principe d'une sage hygiène morale est généralement trop peu observé pour qu'il soit infiniment rare de voir éclater chez les vieillards la folie, avec ses formes les plus aiguës ».

Toutes ces constatations restent cependant du registre de l'exceptionnel et seule la démence est réellement étudiée.

Il faut attendre 1873 pour qu'un aliéniste anglais du nom de Maudsley (1835-1918) rapporte l'observation d'une mélancolie sénile, constituant la première description clinique d'une pathologie psychiatrique de la vieillesse.

La même année, le suisse Wille, publie une monographie sur les psychoses de la vieillesse constituant le véritable point de départ de la psychiatrie du sujet âgé et suscitant à sa suite un nouvel intérêt pour les psychoses du grand âge.

C'est ainsi que plusieurs travaux vont être entrepris sur le sujet comme les thèses de Séglas (1856-1939) « Contribution à l'étude de la folie chez les vieillards » en 1889 et de Toulouse

« Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme » en 1891. Mais aussi et surtout le rapport de Ritti sur « Les psychoses de la vieillesse » présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française en 1895, qui délimite plusieurs entités cliniques propres de la démence sénile et en propose une classification précise.

2.2 L'apport de l'école allemande (5)

Kraepelin (1856-1926) après avoir caractérisé la démence précoce, pour désigner des psychoses endogènes débutant à l'adolescence ou peu après et dont l'évolution se caractérisait par un état démentiel, constate que ces troubles peuvent, dans de rares cas, débiter plus tardivement, au cours de la quarantaine. Il crée alors entre 1909 et 1913 le terme de paraphrénie pour désigner ces psychoses chroniques de début tardif avec délire riche, de mécanismes principalement imaginatif et hallucinatoire, sans désorganisation de la personnalité et sans évolution déficitaire. Il en distingue quatre types en fonction des thèmes et mécanismes principaux et de la réaction affective (paraphrénie systématique, expansive, confabulante et fantastique). Il avait déjà auparavant individualisé la paranoïa du fait de la systématisation du délire et de l'absence d'hallucination et d'évolution démentielle.

La paraphrénie va rapidement être critiquée en tant qu'entité propre.

Mayer trouvant chez la plupart des patients paraphrènes de Kraepelin une évolution déficitaire tardive, ce dernier abandonne donc cette distinction et rattache ces tableaux cliniques à la schizophrénie.

Il faut ensuite attendre 1943 pour que Manfred Bleuler (1903-1994), le fils d'Eugen Bleuler, différencie les schizophrénies de début précoce et tardif à partir de l'étude de 126 patients ayant débuté leurs troubles après 40 ans. Il note que dans la plupart des cas la symptomatologie est identique à la schizophrénie de début précoce mais chez un certain nombre de sujets il trouve une absence de trouble du cours de la pensée et d'émoussement affectif.

Il englobe cependant les schizophrénies tardives dans le cadre général des schizophrénies.

2.3 La voie de l'école française (6)

En France, il est reproché à Kraepelin son approche synthétique car il établit son diagnostic uniquement sur la base de l'évolution. Les conceptions françaises sont basées sur les théories de Magnan (1835-1916), reprenant celles de Morel, qui séparent les délires selon un schéma étiologique : ceux qui surviennent accidentellement et ceux découlant d'une prédisposition congénitale. Cette distinction va faire que les psychiatres français vont continuer à travailler sur les délires chroniques en se coupant progressivement de la nosologie internationale et cela même après l'effondrement de la doctrine de la dégénérescence.

Les délires chroniques vont alors être différenciés nosographiquement selon leur mécanisme. C'est ainsi que des quatre principaux mécanismes (hallucinatoire, interprétatif, émotionnel et imaginatif) vont être décrit quatre grands types de délire formant le groupe des délires systématisés chroniques de l'école française.

→ La psychose hallucinatoire chronique

Elle est individualisée en 1911 par Ballet (1853-1916) qui avait relevé des cas de psychoses hallucinatoires spécifiées par leur richesse hallucinatoire, la rareté des interprétations, l'absence de démence et leur apparition tardive survenant surtout chez la femme. De Clérambault (1872-1934) dans les années 20 souligne les spécificités de cette entité nosographique et l'intègre dans un groupe de psychoses délirantes basées sur le syndrome d'automatisme mental.

→ Le délire d'interprétation

Trouvant ses origines dans le « délire chronique systématisé non hallucinatoire » de Magnan, c'est Sérieux (1864-1947) et Capgras (1873-1950) qui dressent le tableau complet. Il est basé sur des interprétations qui vont peu à peu infiltrer toute l'existence du sujet avec une extension en réseau aboutissant à un véritable « roman délirant ». Les thèmes les plus rencontrés sont la persécution ou les idées de grandeur, l'évolution est considérée comme non démentielle. Il survient le plus souvent sur un terrain prédisposé avec possible évènement déclenchant et débute sur le mode d'un trouble de l'humeur.

→ Le délire de revendication

Déjà évoqué par Magnan sous le nom de « délire des persécutés persécuteurs », il a été surtout étudié par De Clérambault qui estimait qu'il méritait d'être différencié du « délire interprétatif ». Pour lui le point de départ, ici, n'est pas un mécanisme purement intellectuel comme l'hallucination ou l'interprétation mais se situe plutôt au niveau affectif. Il existe une exaltation de l'humeur, d'où le terme de « délire passionnel », qui associé à un facteur déclenchant externe et à une personnalité pathologique pré-morbide va permettre l'apparition d'une idée délirante prévalente auxquels s'associent rapidement un cortège d'interprétations secondaires développées en secteur. L'évolution est là aussi non démentielle.

Les délires d'interprétation et de revendication sont tous les deux regroupés sous le nom de « paranoïa » dans la classification de Kraepelin.

→ Le délire d'imagination

Décrit par Dupré (1862-1921), le délire est ici généré par des mécanismes intuitifs et imaginatifs qui entraînent immédiatement une conviction ferme et inattaquable. Les thèmes mégalomaniques et fantastiques sont les plus fréquents.

Ils correspondent aux « paraphrénies confabulantes » de Kraepelin.

Ces quatre types de délire seront secondairement remaniés pour former la psychose hallucinatoire chronique, la paranoïa et la paraphrénie.

Ce groupe des délires chroniques systématisés s'opposent aux délires schizophréniques par leur caractère relativement systématisé et la rareté de signes déficitaires importants permettant une meilleure insertion sociale du patient.

La plupart des écoles étrangères ont adopté d'autres classifications basées sur les conceptions de Kraepelin.

2.4 Divergences nosographiques (7)

Alors que la nosographie officielle suit les conceptions de Kraepelin et M. Bleuler en considérant que les délires d'apparition tardive relèvent de la schizophrénie, les anglais Roth et Morissey réintroduisent en 1952 le terme de « late paraphrenia » pour décrire un groupe spécifique de personnes âgées présentant des délires paranoïdes avec hallucinations, bien systématisés, sans désorganisation de la personnalité et avec une réaction affective adaptée, ce qui signifie sans dissociation.

Ce « retour en grâce » de la paraphrénie tardive de Kraepelin va être popularisé par Kay et Roth à partir de 1961 avec un développement rapide du terme de « late paraphrenia » dans la pratique européenne. Roth considère que si la schizophrénie survient après 45 ans, elle prend la forme de la paraphrénie. C'est l'âge de 60 ans qui sera au final adopté par la psychiatrie anglaise.

Des critiques surviennent rapidement, en particulier de la part de Post dès 1966, qui pointe l'hétérogénéité des pathologies pouvant trouver place dans le concept de « late paraphrenia ». Cela regroupe pour lui des pathologies allant des troubles affectifs aux psychoses organiques atypiques en passant par des troubles de la personnalité et d'authentiques schizophrénies.

Plusieurs auteurs vont alors essayer de définir des sous-groupes afin de constituer des ensembles plus homogènes et d'affiner ainsi la nosographie. Les différents essais dans ce sens (Kay & Roth en 1961 et Post en 1966 en trois sous-groupes ; Holden en 1987 en six sous-groupes) se sont avérés peu contributifs.

Les européens restent malgré tout attachés dans leurs travaux au concept de paraphrénie tardive alors que les études internationales extra-européennes parlent plus volontiers de schizophrénie tardive. D'où une difficulté à comparer les résultats des uns et des autres, ce qui pose d'évidents problèmes au niveau de la recherche sur les délires d'apparition tardive.

2.5 Evolution des concepts à l'heure des classifications internationales (8)

Malgré les critiques sur la paraphrénie tardive, cette dernière va être incluse dans la neuvième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-9) en notant la prépondérance des femmes, la fréquence de l'isolement social, d'une personnalité pathologique sous-jacente et d'une désafférentation auditive.

Les américains s'intéressent relativement peu à la schizophrénie tardive et c'est seulement dans la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou DSM-III) qu'ils distinguent la schizophrénie et les délires d'apparition tardive. Le diagnostic de schizophrénie est exclu lorsque les symptômes débutent après l'âge de 45 ans et relèvent donc de la catégorie des délires d'apparition tardive.

Dans le DSM-III-R, la catégorie schizophrénie d'apparition tardive pour les formes apparaissant après 45 ans va être créée.

Les paraphrénies disparaissent de la CIM-10 qui, comme le DSM-IV, va abolir tout critère d'âge pour le diagnostic de schizophrénie. Selon les critères de ces classifications, la majorité des délires d'apparition tardive va être regroupée dans la schizophrénie.

Le DSM IV mentionne en alinéa les spécificités des schizophrénies commençant après 45 ans par rapport aux formes de début précoce : grande prévalence des femmes, meilleure insertion sociale, plus grande fréquence du délire et des hallucinations et rareté de la désorganisation et des symptômes négatifs. La fréquence d'une désafférentation est également mentionnée.

A côté de la schizophrénie, les autres catégories possibles sont nombreuses et plutôt floues en ce qui concerne la distinction nosographique. Ce sont les « troubles délirants persistants » ou autres « délire sans précision ». L'appartenance à une des catégories se fait principalement en fonction de la présence et de l'importance des hallucinations.

2.6 Le consensus international de 2000 (9)

Afin d'harmoniser les pratiques et de pouvoir dynamiser la recherche en pouvant comparer les différents travaux menés de par le monde, un consensus est organisé autour de la question des délires d'apparition tardive. Un collège d'experts a passé en revue les caractéristiques cliniques, les différentes étiologies, les données étiopathogéniques et les thérapeutiques pour faire un point sur la question. A propos des psychoses apparaissant spécifiquement pendant la cinquième décennie ou la vieillesse, on décide de leur rattachement à la schizophrénie en créant deux entités qui lui sont étroitement liées : la schizophrénie d'apparition tardive (late-onset schizophrenia ou LOS) lorsque les troubles commencent après 45 ans et la psychose schizophréniforme d'apparition très tardive (very-late-onset schizophrenia-like psychosis ou VLOSLP) pour un début des troubles après 60 ans.

D'après ce consensus, la schizophrénie peut survenir à tout âge avec en fonction de ce dernier, de grandes variations, épidémiologiques, cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques. Ils mettent en avant l'hétérogénéité de la schizophrénie comme faisant partie intégrante de sa définition, incluant probablement plusieurs maladies de causes différentes entrant dans un cadre plus général. Enfin ils notent que la symptomatologie est plus souvent identique que différente à celle rencontrée dans les schizophrénies de début précoce et que dans tous les cas des différences symptomatologiques ne signifient pas forcément des différences psychopathologiques ou étiologiques.

Ils justifient enfin leur démarche comme nécessaire pour multiplier les études multicentriques internationales et mettre en commun les résultats des différents travaux sur le sujet, indispensables pour améliorer la compréhension et donc la prise en charge de ces troubles.

3. EPIDEMIOLOGIE

3.1 Prévalence du délire chez le sujet âgé

Peu d'études s'intéressent aux délires d'apparition tardive en général, la plupart portant plutôt sur une étiologie en particulier.

L'étude de Webster et Grossberg retrouvait sur 1730 patients de plus de 65 ans admis en hospitalisation psychiatrique, 166 malades adressés pour des troubles psychotiques (au sens large du terme). Les délires d'apparition tardive représentent à peu près 10 % des motifs d'hospitalisation psychiatrique chez les gens de plus de 65 ans. Cependant les symptômes psychotiques sont pris au sens large avec des causes très variées allant de la confusion mentale à la schizophrénie en passant par les processus démentiels. Par ailleurs, le fait que cela soit un premier épisode ou une récurrence d'un trouble ancien n'était pas pris en compte (10). D'autres études font état selon les sources d'une prévalence des troubles psychotiques chez le sujet âgé allant de 0,2 à 4,75 % ou de 4 à 6 % en population générale.

Cette prévalence augmente considérablement si on considère cette fois ci les personnes âgées vivant en maison de retraite avec des valeurs allant de 10 à 63 % (11).

3.2 Prévalence en fonction de l'étiologie du délire

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les étiologies des délires d'apparition tardive sont très nombreuses et il est intéressant de connaître leur fréquence respective.

Les deux études auxquelles nous allons nous référer sont, d'une part celle de Webster et Grossberg datant de 1998 déjà évoquée plus haut (9), et d'autre part celle plus récente de Broadway et Mintzer datant de 2007 et portant sur 140 patients présentant un syndrome délirant d'apparition tardive (11).

Les chiffres évoqués feront toujours référence à ces deux études dans leur ordre de parution.

→ cause démentielle

Dans les deux études, le processus démentiel et en tout premier lieu les démences de type Alzheimer représentent la première étiologie de délire chez le sujet âgé.

Ils représentent respectivement 40 et 36,7 % des causes de troubles délirants.

Les délires sont très fréquents au décours des démences représentant le type de symptôme le plus fréquent après les troubles cognitifs avec une prévalence de 30 à 50 % d'association entre les deux. Ils peuvent parfois révéler la maladie mais le plus souvent ils apparaissent à un stade avancé alors que l'altération des fonctions cognitives est sévère en particulier au niveau des fonctions frontales et temporales. Ils seraient également présents dans des formes de démences ayant une évolution plus rapide.

→ cause affective

Il s'agit principalement de dépressions délirantes, les troubles bipolaires décompensés avec symptômes psychotiques étant assez rares chez l'âgé.

La première étude retrouve une dépression dans 33 % des cas et un trouble bipolaire dans 5 % des cas, ce qui donne une proportion totale de 38 % de causes affectives dans les délires du sujet âgé.

Dans la deuxième étude 20,4 % de dépression sont retrouvés comme étiologie du délire et aucun trouble bipolaire.

→ causes non psychiatriques

Il s'agit en grande majorité du syndrome confusionnel particulièrement fréquent chez le sujet âgé car de causes multiples mais le plus souvent iatrogène.

La première étude retrouve une fréquence de 18 % de causes non psychiatriques et différencie les causes organiques représentant 7 % des cas (troubles électrolytiques, infections, hyperglycémies, hypothyroïdies, états de choc, maladie de Parkinson...), les confusions, correspondant pour eux aux causes iatrogènes, dans 7 % des cas et enfin les intoxications (médicaments, alcool ou autres) dans 4 %.

La deuxième étude ne fait pas de distinction et retrouve une confusion mentale dans 12,2 % des cas de délire d'apparition tardive.

→ causes psychotiques

Elles représentent une cause plutôt rare de délire d'apparition tardive, venant dans les deux études en dernière place des étiologies sous-tendant les syndromes délirant du sujet âgé. A contrario, les délires d'apparition précoce sont le plus souvent de cause psychotique.

Chez Webster et Grossberg les psychoses représentent 4 % des étiologies avec respectivement 2 % de trouble délirant persistant, 1 % de schizophrénie et 1 % de trouble schizo affectif.

La deuxième étude ne fournit pas de chiffre concernant la fréquence des causes psychotiques mais elle précise le caractère rare des schizophrénies apparaissant durant la vieillesse.

3.3 Caractéristiques générales de la population présentant un délire d'apparition tardive

3.3.1 Facteurs sociodémographiques

→ Sexe

On retrouve une grande prédominance des femmes chez les patients présentant un délire d'apparition tardive. Le pourcentage de femmes est variable selon les études mais il exprime toujours leur large majorité au sein des délirants tardifs.

On retrouve de forts pourcentages dans les études anciennes : 66 % pour M. Bleuler en 1943 ; 88 % pour Kay et Roth en 1961 ; 91 % pour Hubert et Jacobson en 1967 ; 75 % pour Sternberg en 1972 ; 87 % pour Pearlson et al en 1989 et 86 % pour Howard, Almeida et Levy en 1994 (12).

Des études plus récentes montrent des chiffres plus faibles : 74 % pour Webster et Grossberg en 1998 et 63 % pour Mitter et al en 2005 mais probablement minimisés par un biais de sélection de la population (13).

Nous reviendrons plus tard sur les différentes hypothèses tentant d'expliquer cette disparité sexuelle.

→ Age de début

Cette donnée est difficile à analyser étant donné les différences notables dans les critères de recrutement des diverses études sur le sujet.

Dans l'étude déjà citée précédemment de Webster et Grossberg, s'intéressant au patient de plus de 65 ans ayant pour motif d'hospitalisation des troubles psychotiques, les patients âgés entre 70 et 79 ans sont les plus nombreux, représentant 49 % de l'effectif. Les plus jeunes entre 65 et 69 ans sont en minorité, 16 % de la cohorte. Enfin les plus âgés de 80 à 89 ans représentent 31 % des patients (10).

D'autres études portant elles plus spécifiquement sur des délires d'apparition tardive de cause psychotique (late paraphrenia, late-onset schizophrenia et very-late-onset schizophrenia-like psychosis selon les études) retrouvent des âges moyens de début de 76 ans (13) et 74,1 ans (12). Des études plus anciennes retrouvent des chiffres identiques, 70 ans pour Kay et Roth en 1961, 75 ans pour Herbert et Jacobson en 1967 et seulement 61,1 ans pour Pearlson et al mais en prenant des patients à partir de l'âge de 45 ans.

→ Statut marital

L'ensemble des données de la littérature insiste sur la grande fréquence du célibat chez les patients présentant un délire d'apparition tardive. Cette donnée peut par conséquent être considérée comme un facteur de risque de présenter un délire apparaissant au cours de la vieillesse. Cela s'inscrit dans le cadre plus global de l'isolement socio-affectif comme nous le verrons plus tard.

Quelques chiffres pour corroborer cela. Dubertret trouve en 2004, 37 % de célibataire chez des schizophrènes de début tardif et 24 % chez des psychoses hallucinatoires chroniques (14) ; Mitter et al retrouvent en 2005, 27 % de célibataires, 14 % de mariés, 34 % de veufs et 25 % de divorcés (13).

→ Fertilité

On retrouve statistiquement un nombre d'enfants plus faible chez ce type de patients et en particulier un grand nombre de personnes n'ayant jamais eu d'enfant.

Comme précédemment pour le célibat, cela rentre dans tout le champ de l'isolement relationnel.

Mitter et al trouvent 30 % de patients sans enfants (13).

→ Mode de vie

Une proportion significative de patients présentant un délire d'apparition tardive vit seule. En 1989, dans l'étude de Pearlson et al, 50 % des patients vivent seuls (5); Mitter en 2005 en a 68 % (13).

Cela reflète encore une fois le risque majeur que constitue l'isolement socio-affectif. L'ensemble des travaux le retrouve, mais certains y voient plutôt qu'une cause potentielle, une conséquence d'une personnalité pathologique sous-jacente expliquant à elle seule la décompensation. Nous y reviendrons dans la partie consacrée à la psychopathologie.

→ Niveau socio-économique

Un niveau socio-économique défavorable constitue un facteur de risque de présenter un délire d'apparition tardive (15).

Par ailleurs, un certain nombre de travaux montre un risque plus élevé chez les populations immigrées (13) (16). Il semblerait cependant que cela ne soit pas lié à la précarité sociale à laquelle cette population est exposée mais plutôt à l'influence des événements de vie qu'ils ont pu subir dans leur pays d'origine ou en lien avec le déracinement. On note également un âge de début des troubles plus précoce chez les immigrés, en particulier chez les hommes ; peut-être du fait de facteurs de stress plus importants chez eux.

→ Niveau socioculturel

Certains auteurs rapportent la fréquence d'un bas niveau d'étude chez ce type de patient (17). C'est une donnée qui est cependant retrouvée inconstamment et difficile à mettre en évidence du fait du rôle conjoint du vieillissement et de la pathologie.

3.3.2 Facteurs psychosociaux

→ Trouble de la personnalité

La grande majorité des études note la forte prévalence des troubles de la personnalité pré-morbide chez les patients développant un délire d'apparition tardive. Ils constituent manifestement un facteur de risque très prégnant dans la genèse de ces troubles.

Les deux types retrouvés principalement sont les personnalités schizoïdes et paranoïaques (8). Cela n'est pas étonnant étant donné qu'ils représentent les deux grands types de troubles de la personnalité de structure psychotique.

Fuchs en 1999 trouve chez 53 % des patients présentant une « late paraphrenia », c'est-à-dire une psychose de début tardive, un trouble de la personnalité. Cette proportion est ramenée à 39 % si on considère seulement les personnalités schizoïde et paranoïaque (18). Avec la même population, Kay et Roth retrouvaient en 1961 un peu moins de 50 % de schizoïdes, puis seulement 20 % en 1976 ; Pearlson trouvait lui 63 % de schizoïdes en 1989 enfin pour Yassa et Suranyi-Cadotte 45 % (18).

Chez les dépressifs tardifs, Fuchs retrouve une fréquence moindre de troubles de la personnalité (35 % des patients) avec majoritairement des personnalités de structure névrotique de type évitante, dépendante et obsessionnelle (18).

Enfin certaines études plus générales ont pu démontrer qu'une personnalité névrotique ou ayant des traits névrotiques augmentait le risque de développer des idées délirantes et des symptômes psychotiques chez tout sujet sain jeune ou vieux (19).

Notons que des auteurs considèrent, que des modifications du caractère liées au vieillissement peuvent favoriser l'éclosion d'idées délirantes. Ils pointent en particulier le rôle de l'émergence d'un repli, d'une méfiance, d'égoïsme, de défiance, de rigidité idéique, de passivité ou encore de « sensibilité », au sens de Kretschmer. Dias Cordeiro considérait d'ailleurs que la personnalité pré-morbide n'avait pas un rôle déterminant dans l'apparition des états délirants tardifs, laissant plutôt une place primordiale aux modifications de la personnalité liées vieillissement (20).

→ Evénements de vie

Il existe beaucoup moins de données disponibles concernant les événements de vie et leur lien avec les troubles délirants d'apparition tardive. Certaines études laissent cependant entrevoir le rôle déterminant de ces derniers dans la genèse des idées délirantes.

On a pu montrer par exemple que les patients immigrés présentaient plus de délires d'apparition tardive et qu'ils étaient plus précoces surtout chez les hommes, et cela indépendamment de l'origine ethnique des sujets. L'hypothèse émise est que ces populations ont rencontré plus d'événements de vie difficiles, souvent précoces expliquant leur migration, ainsi que d'autres liés au déracinement (13).

Une autre étude a retrouvé une plus grande fréquence de « schizophrénie tardive » chez des survivants de l'Holocauste avec une association significative entre la pathologie et le degré de persécution subi (21).

Fuchs pointe la grande fréquence des événements de vie dans l'histoire des patients présentant des troubles psychiques d'apparition tardive. Il les rend responsable d'une vulnérabilité pré-morbide qui va décompenser dans le grand âge en réaction à un événement bouleversant de la vieillesse (22).

Si peu de travaux mentionnent les événements de vie précoces et de l'âge adulte, beaucoup d'auteurs évoquent le rôle d'événement de vie de la vieillesse dans le déclenchement des troubles. Beaucoup de difficultés de cet âge peuvent être responsables : retraite, décès de proches et deuil, difficultés financières, problèmes de santé, perte d'autonomie, changement de mode de vie (9)...

3.3.3 Facteurs médicaux

→ Désafférentation auditive et visuelle

Il a toujours été noté une forte prévalence des troubles auditifs et visuels dans les délires d'apparition tardive avec un lien manifeste entre le déficit sensoriel et les hallucinations. Cela est bien illustré par le syndrome de Charles Bonnet où un trouble visuel important suffit chez un certain nombre de malade (11 % d'après une étude importante de 1995 (23)) à provoquer

l'apparition d'hallucinations visuelles complexes, sans symptômes psychotiques, qui sont critiquées par les patients.

Beaucoup d'auteurs pensent que le rôle pathogène de la désafférentation est surtout lié au fait qu'elle favorise l'isolement social, le retrait et le climat global de persécution et de suspicion.

Concernant la désafférentation auditive, tous les travaux s'accordent à lui conférer un rôle important dans l'apparition des troubles, en particulier en tant qu'élément prédisposant et précipitant (15). Kay et Roth en 1961 retrouvent une surdité chez 40 % des patients, Post en 1966 en a 25 %, Pearlson en 1989, 35 % (12). Dans les études plus récentes, on trouve des valeurs similaires. Cooper en 1976 affirmait que la surdité était chez ces patients le plus souvent due à un problème de conduction plus qu'à un problème dégénératif. Il notait également que l'hypoacousie était d'autant plus associée au délire d'apparition tardive qu'elle était précoce, sévère, et qu'elle évoluait depuis longtemps (15). Certains auteurs comme Eastwood et al. en 1981 et Khan et al. en 1988 ont décrit une amélioration des symptômes délirants après amélioration de l'audition (7). Cependant la plupart des personnes âgées présentant une surdité ne développe pas d'hallucinations ni de symptômes psychotiques.

S'agissant de la désafférentation visuelle, les résultats sont plus contradictoires et malgré l'existence du syndrome de Charles Bonnet, peu d'auteurs affirment comme évident son rôle pathogène. Certains comme Almeida et al. ; Jeste et al. ou Brodaty et al. ont même mis en évidence son absence de rôle dans la pathogenèse des délires d'apparition tardive (17).

→ Antécédents psychiatriques personnels et familiaux

Dans une très large majorité de cas on ne retrouve pas d'antécédents psychiatriques personnels chez les délirants tardifs, en tous les cas il n'a pas été montré une association significative entre certains types d'antécédents psychiatriques et l'apparition des troubles.

Certains rapportent la fréquence du trouble dysthymique chez ces malades (20).

Concernant les antécédents psychiatriques familiaux de ces patients, on ne retrouve en générale pas d'association significative (17). Il n'existe pas plus de passé psychiatrique dans la famille de ces malades que dans la population générale. Cela démarque cette entité clinique

des troubles psychotiques de début précoce qui s'inscrivent typiquement dans une histoire familiale souvent riche en pathologies mentales en générale et psychotiques en particulier. Certains retrouvent tout de même plus d'antécédents psychiatriques dans les familles de ces patients que chez des témoins mais en restant inférieur à ce que l'on peut voir dans les psychoses classiques débutant à l'adolescence ou chez l'adulte jeune (24).

→ Antécédents cardio-vasculaires

Malgré la suspicion du rôle pathogène de l'athérosclérose dans le développement d'idées délirantes d'émergence tardive ; principalement du fait de la fréquence de lésions d'allure vasculaire à l'imagerie cérébrale ; on n'a pas retrouvé de significativité avec les facteurs de risque cardio-vasculaire (17).

A noter que certains auteurs citent les maladies cardio-vasculaires et en particulier l'hypertension artérielle comme étant des facteurs favorisants (25).

4. DIAGNOSTICS ETIOLOGIQUES DES TROUBLES DELIRANTS DU SUJET AGE

Nous verrons ces étiologies selon l'ordre de fréquence cité dans le chapitre précédent.

4.1 Syndromes démentiels

Les troubles délirants sont très fréquents dans la pathologie démentielle. On peut les rencontrer à tous les stades du processus démentiel mais tout particulièrement au début des troubles et lorsque la dégradation est déjà sévère.

En début de pathologie, ils peuvent révéler la pathologie démentielle en étant les symptômes les plus visibles de la maladie. Ils permettent souvent à ce stade de « masquer » les difficultés cognitives en venant s'articuler autour des oublis. Ces derniers vont en effet être expliqués par

des idées de préjudice tel que des vols ou des déplacements d'objets, des intrusions au domicile...Parfois même, cela pourra aboutir à de véritables idées de persécution avec par exemple des idées d'empoisonnement.

Il est intéressant de considérer l'émergence de ces idées délirantes comme une tentative d'adaptation aux troubles débutants auxquels est confronté le malade.

L'apparition des troubles délirants dans ce contexte est favorisée par une personnalité pathologique pré-morbide (en particulier narcissique) et par des antécédents psychiatriques (26). A noter la possibilité que ces idées délirantes engendrent des troubles du comportement et en particulierité de l'agressivité.

Dans le cadre des démences évoluées, les troubles délirants sont présents chez la plupart des patients mais n'ont plus réellement les caractéristiques pouvant faire parler de « délire ». On ne retrouve plus à ce stade de structuration et de coordination au niveau des pensées du fait de la défaillance du jugement et de la détérioration (27). D'ailleurs ces idées délirantes ne sont en général plus fixes dans le temps évoluant sans cesse au gré de la résurgence de souvenir, d'idée, d'impression, dans une psyché devenu « parcellaire ». On parle parfois d' « hallucination mnésique ».

C'est pour cette raison que l'on ne peut pas réellement parler dans ce cadre d'idée délirante au sens psychiatrique du terme, ne reflétant plus la construction d'une autre réalité mais plutôt la « désagrégation » de l'appareil psychique.

Deux types de délire sont particuliers à la pathologie démentielle :

→ Le syndrome de Capgras

Appelé aussi « illusion des sosies », il est différent de la non-reconnaissance des proches qui est plutôt liée à l'évolution lésionnelle entrant dans le cadre de la prosopagnosie.

Dans ce syndrome, le patient présente la négation délirante de l'identité d'une personne connue qu'il considère comme la même physiquement mais pas psychologiquement. Il a ainsi la conviction délirante qu'il s'agit d'un sosie. Il renvoie souvent à des tensions anciennes au sein du couple.

→ Le délire du compagnon tardif

Au cours de ce délire, le patient retrouve des personnes ayant été importantes pour lui au cours de sa vie : d'abord de manière purement imaginaire, puis hallucinatoire et enfin en se servant des soignants, ou même de poupées dans des démences très évoluées, comme support.

Certains auteurs ont émis l'hypothèse de sous-types particuliers de démences type Alzheimer (DTA) présentant des symptômes psychotiques. Ils seraient corrélés avec une altération plus sévère, surtout au niveau des fonctions frontale et temporelle, et auraient une évolution plus rapide. Des particularités génétiques, histopathogéniques, morphologiques et fonctionnelles ont été retrouvées chez des patients atteints d'une DTA avec symptômes psychotiques (9).

A noter enfin la très grande fréquence des hallucinations dans l'évolution de la plupart des maladies neurodégénératives et particulièrement, dans la maladie d'Alzheimer, la démence Parkinsonienne et la démence à corps de Lewy ou elles constituent même un critère majeur de diagnostic.

4.2 Troubles thymiques

4.2.1 Syndrome dépressif avec symptômes psychotiques

La dépression du sujet âgé est souvent associée à des symptômes psychotiques et en particulier des idées délirantes. La prévalence des troubles psychotiques est bien plus élevée que chez l'adulte. En 1996, une étude montrait que 40 % des patients âgés hospitalisés pour une dépression présentaient des idées délirantes (28). Meyers en 1992 en retrouvait lui 45 % (29).

Les idées délirantes peuvent parfois masquer le syndrome dépressif sous-jacent et orienter à tort vers une étiologie psychotique. Il convient de la rechercher devant tout délire d'apparition tardive, d'autant que la dépression du sujet âgé est souvent plus difficile à diagnostiquer que chez l'adulte. En effet, souvent un certain nombre de symptômes manque, dont l'humeur dépressive du fait d'un désinvestissement du champ affectif, ou sont moins francs que chez

l'adulte avec la tentation de rendre le vieillissement responsable d'une dépression considérée comme « normale » liée à l'involution.

En comparaison avec une dépression simple du sujet âgé, les dépressions avec symptômes psychotiques sont caractérisées par une intensité plus forte, une moins bonne réponse aux traitements, des antécédents familiaux de dépression plus fréquents et un état de santé somatique globalement plus mauvais (30). D'autres éléments neuropsychologiques et morphologiques font penser que ce type de dépression est distinct de la dépression simple.

Les thèmes les plus fréquemment rencontrés sont la persécution, le préjudice, la jalousie, la culpabilité et la dévalorisation. Les proches ou les voisins sont souvent incriminés. Ils peuvent s'accompagner d'hallucinations et sont émaillés de querulence et de revendications volontiers injurieuses. On note parfois des variations de la vigilance avec confusion transitoire.

4.2.2 Troubles bipolaires

Les troubles bipolaires de début précoce ont tendance à s'améliorer avec l'avancée en âge. Les cycles s'espacent et les décompensations sont assez rares et s'expriment plutôt sur un mode confuso-onirique que sur un mode psychotique classique.

A contrario, les troubles bipolaires de début tardif (après 50 ans) ont tendance à s'aggraver avec l'âge. Les cycles sont plus rapides et les décompensations plus longues avec risque de rechute accru. Là aussi les accès maniaques ou mélancoliques ressemblent aux formes décrites chez l'adulte mais avec une propension à la confusion.

Notons enfin que dans les deux cas, les formes mixtes sont plus fréquentes et que dans les décompensations mélancoliques, les idées délirantes portent le plus souvent sur le corps, réalisant le classique syndrome de Cotard, ainsi que sur l'alimentation et l'habillement chez les femmes (25).

Le syndrome de Cotard se rencontre plus fréquemment, avec lorsqu'il est complet, délire de négation d'organes, idées de damnation, d'immortalité et d'énormité avec expansion du corps dans l'espace (31).

4.3 Confusion mentale

Même si elle ne constitue pas une étiologie psychiatrique pure, la confusion mentale doit être abordée du fait de sa grande fréquence chez le sujet âgé. Selon les études, on estime que 20 à 50 % des personnes âgées hospitalisées présenteront un syndrome confusionnel (32).

Par ailleurs, l'élimination d'une maladie psychiatrique est souvent nécessaire dans ce genre de pathologie du fait de la présentation délirante et des troubles du comportement.

Elle se caractérise par une perturbation de la conscience et du fonctionnement cognitif d'installation rapide et fluctuant énormément dans le temps. A la phase d'état, on retrouve une obnubilation de la conscience, une désorientation temporo-spatiale, une expression verbale floue, lente et imprécise, des troubles variables des fonctions supérieures et une perplexité anxieuse pouvant être responsable de troubles du comportement (agitation, raptus anxieux, passage à l'acte auto ou hétéro-agressif...). Elle s'accompagne souvent d'un délire onirique ou onirisme. Ce dernier est un état proche du rêve avec hallucinations et illusions principalement visuelles, le plus souvent désagréable. Les thèmes sont classiquement professionnels avec zoopsies et vision kaléidoscopique. L'adhésion est totale avec sentiment général d'étrangeté et d'hostilité du monde environnant. Il existe souvent une inversion du cycle nyctéméral avec exacerbation vespérale des symptômes. Des signes généraux peuvent s'associer avec déshydratation, dénutrition, fièvre, oligurie, pouls et tension artérielle fluctuants.

Le diagnostic de confusion mentale est souvent plus difficile à faire chez la personne âgée du fait d'une évolution plus progressive des troubles de la vigilance, d'un onirisme plus pauvre et de signes généraux moins marqués. En revanche, on retrouve au premier plan, l'anxiété, la désorientation, les troubles du comportement et du sommeil. Parfois, il existe des formes plus torpides se limitant à des propos décousus et répétitifs, une distractibilité, une agitation ou une agressivité.

Les causes possibles de syndrome confusionnel sont nombreuses chez le sujet âgé : infections, hypoxie due à une insuffisance cardiaque ou respiratoire, intoxication ou sevrage de substances actives sur le système nerveux central (psychotropes, antalgiques, corticoïdes, alcool...), troubles électrolytiques, insuffisance rénale ou hépatique, affection neurologique, fécalome, globe vésical... Parfois un simple stress, pouvant aller de l'intervention chirurgicale au changement de mode de vie, en passant par un deuil, peut suffire. L'étiologie psychiatrique

est rare et reste un diagnostic d'élimination. A noter que la démence est un facteur favorisant de confusion qui parfois la révèle.

C'est la plus organique des pathologies psychiatriques (33). La confusion traduit une souffrance cérébrale aigue diffuse, d'origine le plus souvent organique. L'onirisme est plutôt un des stigmates de ce dysfonctionnement cérébral global qu'un délire au sens séméiologique du terme. C'est pourquoi il est difficile psychopathologiquement de rapprocher la confusion des troubles délirants.

4.4 Psychoses

4.4.1 Psychoses schizophréniques vieilles

Il est classique de considérer que les schizophrénies ayant débuté à l'adolescence ou chez l'adulte jeune tendent à moins « s'exprimer » avec l'avancée en âge. Cela se retrouve chez la majorité des patients avec réduction du délire et des hallucinations et aggravation de l'apragmatisme, du repli, de l'émoussement affectif, de l'indifférence et du négativisme. Cela traduit l'évolution déficitaire de la maladie. A côté de ces formes, il existe dans un certain nombre de cas une stabilité ou une exacerbation des troubles par rapport à l'âge adulte.

4.4.2 Psychoses chroniques systématisées (34)

Nous ne rentrerons pas ici dans le débat nosographique concernant l'appartenance de ces entités dans le cadre général de la schizophrénie.

Les trois pathologies entrant dans ce cadre, ont souvent un début plus tardif que les psychoses schizophréniques. Elles se révèlent souvent au cours de la vieillesse du fait de l'évolution très insidieuse du délire et d'un fonctionnement social longtemps conservé.

Leur évolution est typiquement non déficitaire. Le délire a plutôt tendance à s'aggraver avec l'âge mais reste le plus souvent compatible avec une insertion sociale relative.

Nous allons reprendre succinctement la description de ces psychoses.

→ La psychose hallucinatoire chronique

Elle touche préférentiellement les femmes entre 30 et 50 ans avec un début souvent aigu, parfois lent. Cliniquement, elle se caractérise par l'automatisme mental de G. de Clérambault avec devinement et vol de la pensée, actes énoncés et critiqués et sentiment d'être soumis à une influence extérieure qui dépossède de sa propre pensée et impose des actes et des sentiments. Les hallucinations sont omniprésentes, surtout acoustico-verbales mais aussi olfactives et cénesthésiques. L'évolution se fait par poussées avec rémission. Progressivement, le délire est de plus en plus envahissant mais permet une adaptation sociale correcte.

→ La paraphrénie

C'est une psychose chronique où les mécanismes imaginatifs sont prépondérants. Le début est classiquement insidieux avec développement d'un délire floride, s'enrichissant en permanence, sans réelle cohérence. Il est souvent fantastique et poétique, évoquant un conte ou un roman de science-fiction. Les mécanismes sont assez variés avec des hallucinations fréquentes. L'évolution se fait par poussées, parfois associée à des troubles de l'humeur. Des évolutions vers un processus dissociatif schizophrénique est possible. La paraphrénie est actuellement quasi-unanimement reconnue comme un sous-type de schizophrénie tardive.

→ La psychose paranoïaque

Il en existe différentes formes qui ont toutes en commun le début tardif, la fréquence d'une personnalité pré-morbide pathologique de type paranoïaque ou sensitive, la prévalence des mécanismes interprétatifs, la systématisation du délire et l'adhésion totale et inaccessible du patient.

— Le délire d'interprétation ou paranoïa consiste en la création progressive d'un système délirant cohérent s'enrichissant progressivement par un jeu d'interprétation. Il s'étend en réseau envahissant progressivement toute la vie du patient. Les thèmes sont la persécution et

le préjudice. La croyance du sujet est telle qu'il arrive parfois à entraîner l'adhésion de l'entourage. Les autres champs du psychisme sont normalement conservés. On note souvent un retrait social et affectif progressif. Les épisodes dépressifs ne sont pas rares.

— Le délire de relation ou paranoïa sensitive a été décrit par Kretschmer en 1919. Il est déclenché par une situation de conflit sur une personnalité pathologique « sensitive ». Ce type de personnalité présente l'orgueil du paranoïaque mais associé à une timidité, une susceptibilité et une grande vulnérabilité aux attitudes d'autrui. Le délire fait suite à une situation d'échec, de frustration ou de rejet. Il rumine sans en parler ses sentiments de honte et de brimade développant des idées délirantes de référence où il est convaincu de l'hostilité de son entourage. Le délire reste sectorisé sur le champ relationnel. La dépression est fréquente.

— Les délires passionnels évoluent en secteur, se limitant à une partie de la vie du sujet et laissant libre le reste de sa vie mentale et de ses investissements. Le délire commence souvent par une brusque intuition venant éclairer une période de doutes et d'interrogations dans le domaine affectif. Les mécanismes sont ensuite dominés par l'interprétation et l'intuition, il n'y a pas classiquement d'hallucinations. Il y a toujours dans ce type de délire une grande participation affective. Les thèmes rencontrés sont nombreux créant ainsi de multiples sous-types : le délire érotomaniacal ou illusion délirante d'être aimé, le délire de jalousie avec conviction de l'infidélité de son conjoint et les délires de revendication. Dans ce dernier type, les thèmes sont divers : « les querulents processifs » réclamant la justice, « les inventeurs méconnus », « les idéalistes passionnés » ou encore certains délires hypochondriaques.

4.4.3 Les psychoses schizophréniques de début tardif

Beaucoup d'écrits ont été publiés autour de cette entité nosographique, nous y reviendrons plus tard.

La schizophrénie est considérée depuis le consensus de 2000 comme « tardive » lorsqu'elle commence après l'âge de 45 ans et « très tardive » après 65 ans (9). L'ensemble de ces formes représente moins de 1 % des schizophrénies. Les formes tardives en représentant 0,6 % et les formes très tardives entre 0,1 et 0,5 %. Elles débutent le plus souvent insidieusement. Les facteurs de risque sont ceux déjà évoqués précédemment : le sexe féminin, l'isolement, la désafférentation sensorielle et une personnalité pathologique pré-morbide.

Dans la grande majorité des cas, la présentation clinique diffère de la schizophrénie classique de début précoce. On note en effet, la plus grande fréquence du délire et des hallucinations (en particulier visuelles, cénesthésiques, olfactives et acoustico-verbales dans leur sous-type de commentaire des actes). Par ailleurs les troubles du cours de la pensée sont extrêmement rares en comparaison. Les symptômes négatifs tels que l'émoussement affectif, l'anhédonie et l'apragmatisme sont rares. Enfin, globalement les fonctions cognitives sont relativement conservées par rapport aux formes classiques d'évolution déficitaire. Il existe cependant des performances moindres par rapport à la population générale dans les domaines des fonctions exécutives, de l'apprentissage, de l'habileté motrice et verbale (9). Les études dans ce domaine sont cependant assez contradictoires (35) (36) (37).

4.4.4 Le syndrome d'Ekbohm (38)

C'est un délire très singulier dans le cadre des délires d'apparition tardive. Il a été d'abord décrit par Thibierge en 1894 sous le nom de « acarophobie » puis sous celui de « zoopathie externe » par Levy en 1906. C'est finalement le suédois K. Ekbohm qui va en faire la description princeps et lui laisser son nom. La symptomatologie comprend essentiellement la conviction délirante persistante d'être infesté par des insectes au niveau de la peau. Le délire est classiquement monothématique, pauvre, circonscrit et systématisé. Des hallucinations tactiles sous-tendent le délire. Il peut également exister des hallucinations auditives, olfactives et gustatives autour de la présence des parasites. Le patient met souvent en œuvre un certain nombre de mesures afin de lutter contre l'infestation et d'en faire la preuve. Il multiplie les consultations médicales mais sans revendications agressives. Des réactions dépressives sont fréquentes. La conviction inébranlable du sujet apporte parfois l'adhésion des proches pouvant dans des cas extrêmes réaliser un délire à plusieurs. L'évolution est en général chronique. Ce syndrome est difficile à rattacher à une classe nosographique particulière. Certains auteurs l'ont rapproché de la psychose hallucinatoire chronique, des délires paranoïaques, de la schizophrénie ou encore de la mélancolie délirante.

4.4.5 Le délire à deux

Il est souvent rattaché dans la littérature aux délires tardifs car il comporte presque toujours une personne âgée. Il peut concerner un couple mari-femme, parent-enfant ou fraternel. En général un des deux sujets présente une psychose chronique délirante et va faire adhérer l'autre à ses idées. Cela est favorisé par une dépendance affective ou physique du « patient sain » et un isolement partagé avec intimité pathologique.

4.5 Causes non psychiatriques

Nous ne ferons que les citer, n'étant pas le sujet du présent travail.

On retrouve de manière non exhaustive, comme causes organiques de délire chez l'âgé : la confusion mentale déjà décrite précédemment, les épilepsies temporales, les accidents vasculaires cérébraux, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la syphilis tertiaire, les lésions du tronc cérébral pouvant être à l'origine d'hallucinoïse pédonculaire, la iatrogénie...

Les déficits sensoriels peuvent également provoquer des phénomènes hallucinatoires que la personne âgée peut secondairement essayer de rationaliser sur un mode plus ou moins délirant. C'est le classique syndrome de Charles Bonnet que l'on peut observer dans les pathologies oculaires. Il se manifeste par des hallucinations visuelles dont le caractère pathologique est le plus souvent perçu par le patient.

La surdité peut plus rarement s'accompagner également de phénomènes hallucinatoires auditifs, le plus souvent musicaux (33).

5 CARACTERISTIQUES CLINIQUES DU TROUBLE PSYCHOTIQUE TARDIF

5.1 Mode de début

Le plus souvent, le délire commence de manière insidieuse. Ce mode évolutif est favorisé par l'isolement socio-affectif et relationnel fréquent chez ces patients. Il permet ainsi de garder

longtemps une vie sociale relativement normale. Devenant progressivement plus envahissant, il finira par être révélé mais à distance du début des troubles. Il existe cependant des formes de début brutal pouvant réaliser d'authentiques épisodes psychotiques aigus. Ces derniers diffèrent du tableau de l'adulte jeune par une composante confusionnelle plus forte pouvant occasionner des troubles du comportement voire des passages à l'acte.

5.2 Symptômes positifs

5.2.1 Le syndrome délirant

→ Thèmes

Le délire du sujet âgé est d'un contenu globalement plus pauvre et concret que celui de l'adulte jeune. Il concerne en règle générale l'univers entourant le patient et son propre corps. Le thème fait référence à la situation actuelle du sujet (32). Il est moins « idéique ». Les thèmes les plus fréquents sont la persécution et le préjudice. Ils s'expriment à travers les idées délirantes de vol, d'intrusion au domicile ou de déplacement d'objet. Les thématiques hypochondriaques se retrouvent également fréquemment. Ils réalisent alors un modèle de persécution par les organes ou par des éléments qui peuvent les parasiter, comme dans le syndrome d'Ekbom.

→ Mécanismes

Les mécanismes interprétatifs, intuitifs et imaginatifs sont autant retrouvés que dans les délires précoces. Il faut en revanche souligner la grande fréquence des hallucinations, en particulier dans les étiologies psychotiques de délire. Une étude de 1997 retrouvait des hallucinations chez 76 % des « VLOSLP » alors qu'en comparaison les schizophrénies de début précoce en avaient dans 49 % des cas (39). Par rapport aux formes de l'adulte jeune, on retrouve dans ces psychoses tardives, une plus grande fréquence d'hallucinations visuelles, cénesthésiques, olfactives et acoustico-verbales dans leur sous-type de commentaire des actes

(9) (40). Les hallucinations auditives restent les plus retrouvées. Le syndrome d'influence et l'automatisme mental sont des mécanismes rarement présents dans les délires d'apparition tardive.

→ Systématisation

Plusieurs auteurs ont remarqué que le délire est d'autant plus structuré et systématisé que le patient est âgé (8). Cela rejoint la fréquence du réel dans le délire de l'agé. Même dans les causes psychotiques, il n'a qu'extrêmement rarement le caractère flou et hermétique du délire paranoïde (24).

→ Extension

Il n'existe que peu de données sur le sujet. L'extension est variable en fonction de l'étiologie du délire. La longue adaptation sociale du sujet peut laisser penser que le délire se développe le plus souvent en secteur.

→ Adhésion

Là encore, peu d'études prennent en compte cette caractéristique. La cause du délire doit également ici jouer un rôle plus important que l'âge en lui-même.

5.2.2 Troubles du comportement

Ils sont possibles et peuvent même révéler la symptomatologie délirante sous-jacente. Ils sont tout de même moins fréquents que dans les psychoses schizophréniques précoces, surtout en ce qui concerne l'agressivité (40). Les troubles du comportement, lorsqu'ils sont présents, sont plutôt dans le registre de l'agitation ou de l'hostilité.

5.3 Symptômes négatifs

Les symptômes négatifs sont extrêmement rares dans les troubles psychotiques d'apparition tardive. Cela se retrouve même pour les formes d'étiologie psychotique. De nombreuses études ont comparé la symptomatologie négative de patients présentant une psychose d'apparition tardive à de jeunes schizophrènes et des schizophrènes précoces vieilliss. Toutes rapportent la faible présence de ce type de symptômes dans les troubles tardifs. Castle et al. en 1997 trouvaient un émoussement affectif chez aucun des patients présentant des troubles psychotiques ayant débuté après 60 ans. Il était présent chez 19 % des schizophrénies ayant débutées avant 25 ans (39). En 1989 Pearlson et al. décrivaient 7,4 % d'émoussement affectif dans les formes tardives ; 22,2 % chez les jeunes schizophrènes et 22,3 % chez les schizophrènes vieilliss (5). Les autres symptômes négatifs comme l'apathie, l'anhédonie ou le repli sont également peu rencontrés. Cette absence contribue en partie au meilleur fonctionnement des patients dans leur vie quotidienne.

5.4 Désorganisation

Comme pour les symptômes négatifs, la désorganisation psychique est beaucoup plus rare dans les formes tardives que dans les formes précoces. L'absence de symptômes dissociatifs dans les psychoses du sujet âgé est un des principaux éléments au cœur du débat nosographique autour de la schizophrénie tardive. Les études majoritairement anglo-saxonnes s'intéressent surtout aux troubles du cours de la pensée. Les ratios entre forme tardive et précoce, pour ce type de troubles, sont de 5,6 / 54,5 % pour Pearlson et al. (5) ; 27 / 60 % pour Brodaty et al. (8) et 1,4 / 42,6 % pour Castle et al. (39).

5.5 Symptômes thymiques

Ils sont particulièrement fréquents dans les troubles psychotiques du sujet quelle qu'en soit l'étiologie. Ceci est logique dans le cas des troubles thymiques mais est beaucoup plus atypique dans le cadre des psychoses. Les manifestations dépressives sont concomitantes du délire ou alternent avec des périodes au cours desquelles le délire est atténué. Parfois cela se limite à de simples modifications émotionnelles. Des symptômes dépressifs ont toujours été

rapportés comme ayant une forte prévalence dans les psychoses tardives quel que soit leur type et au delà des discussions nosographiques. On retrouve en effet, des symptômes dépressifs aussi fréquemment dans les psychoses chroniques systématisées françaises (65 % des cas de PHC, Benazet 1975), les « late paraphrenia » européennes (60 % des patients, Post 1966) et les « late-onset schizophrénia » américaines (42 % des malades, Holden 1987). Une étude sur des schizophrènes sans distinction d'âge de début retrouvait que seuls 24 % d'entre eux avaient déjà présenté un épisode dépressif (24).

La forte prévalence de ces symptômes thymiques a un sens important. Nous y reviendrons dans la psychopathologie.

6. CONSIDÉRATIONS ÉTIO-PATHOGÉNIQUES

6.1 Rôle des œstrogènes (14)

Devant la forte prédominance féminine chez les patients présentant un délire d'apparition tardive, de nombreux auteurs ont cherché à mettre en évidence le rôle potentiel, joué par les œstrogènes. On a constaté depuis longtemps que le début de la schizophrénie chez les femmes était décalé dans le temps par rapport aux hommes. Il existe chez elles, trois pics de survenue : le premier chez l'adulte jeune, avant 25 ans retrouvé dans les deux sexes avec prédominance masculine ; un deuxième pic après 45 ans correspondant à la période de ménopause/pré-ménopause et enfin un troisième après 65 ans mais dans une moins grande proportion que les deux précédents.

Beaucoup de chercheurs ont pu mettre en évidence et spécifier les relations entre les œstrogènes et le système dopaminergique, principale voie responsable de l'émergence d'idées délirantes (12). Foreman et Porter, en 1980 montrent que les œstrogènes peuvent réduire les concentrations de dopamine au niveau du striatum (14). D'autres auteurs découvrent que les œstrogènes modulent la sensibilité et le nombre de récepteurs à la dopamine (Koller et al. 1980 ; Gordon et Diamond 1981 ; Bediard et al. 1984).

Riecker-Rosler et Hafner confirment en 1993 l'effet « neuroleptique-like » des œstrogènes, ces derniers modulant la sensibilité des récepteurs dopaminergiques D2 (14).

Certains auteurs ont émis l'hypothèse que les œstrogènes pourraient ralentir la perte de récepteurs dopaminergiques D2. Cette perte est physiologique avec l'avancée en âge. C'est donc après la ménopause que cette perte va s'accélérer, provoquant ainsi le deuxième pic de début de psychose chez les femmes et la grande fréquence des délires (14).

Au total, la place des œstrogènes dans le déclenchement des délires tardifs est encore assez hypothétique. Tout le monde s'accorde à dire que les œstrogènes ont un effet anti-dopaminergique mais leur place dans l'émergence des troubles reste difficile à établir. Une nouvelle voie de recherche utilise le traitement hormonal substitutif pour traiter des patientes présentant des psychoses de début tardif.

6.2 Génétique

Aux vues de la rareté des antécédents psychiatriques dans la famille des patients présentant un délire d'apparition tardive, il peut sembler que le facteur héréditaire ne joue pas un rôle majeur dans ce type de pathologie.

Une étude menée en 1997, se proposait de recenser les antécédents psychiatriques, des parents et des descendants de patients ayant présenté un trouble délirant persistant ayant commencé après 60 ans. Réalisée à grande échelle, elle n'a pas trouvé de risque significativement plus élevé chez les proches qu'en population générale, de présenter des troubles psychotiques. Elle a par contre retrouvé, une augmentation significative du risque pour la famille, de faire une dépression (41). Cela renvoie plutôt à des questions psychopathologiques qu'à des facteurs congénitaux.

Quelques pistes ont cependant été soulevées tout en restant assez prudent :

Dubertet, en 2001, a ainsi retrouvé un haplotype particulier au niveau d'un gène codant pour les récepteurs dopaminergiques D2 chez les patients ayant débuté une schizophrénie tardivement. On ne le retrouvait pas chez les schizophrènes précoces, supposant ainsi la possibilité que certains patients soient « programmés » pour un âge de début particulier (14).

En 2006, Rasmussen et al. ont étudié les génotypes de 268 schizophrènes d'âge de début différent en comparativement à des sujets sains. Ils ont mis en évidence une fréquence accrue chez les malades, d'une délétion au niveau de l'allèle du gène, codant pour le récepteur de la chémokine CCR 5. Il semble cependant, que la significativité était vérifiée seulement pour les patients ayant un début tardif des troubles. Cela peut laisser penser que cette anomalie serait

un facteur prédisposant de schizophrénie tardive ou pourrait retarder le début de la maladie, sans modifier la susceptibilité à être malade (42).

Concernant le délire dans le cadre des démences type Alzheimer, Sweet et al. ont montré la présence d'allèles homozygotes au niveau des gènes codant pour les récepteurs dopaminergiques D1, D2 et D3. Cela va dans le sens de l'hypothèse d'un sous-type de DTA avec symptômes psychotiques, qui seraient des formes plus sévères et rapidement évolutives (9).

L'ensemble de ces données ne sont bien sûr que des points de départ qui orientent vers les travaux futurs.

6.3 Imagerie

Depuis longtemps, un certain nombre d'auteurs cherchent à confirmer l'hypothèse d'un processus dégénératif dans la genèse des psychoses de début tardif. Beaucoup de travaux ont donc été menés en imagerie afin de trouver des anomalies morphologiques qui corroboreraient cette idée.

Cependant comme pour les schizophrénies de l'adulte jeune, les études tomодensitométriques et en Imagerie par Résonance Magnétique n'ont pas retrouvé d'anomalies structurales spécifiques des schizophrénies tardives.

Certaines études ont trouvé isolément : une hypertrophie du lobe temporal gauche ou seulement du gyrus temporal supérieur, une hypertrophie thalamique entre autres (9).

Plusieurs travaux ont mis en évidence un élargissement des ventricules latéraux et du troisième ventricule. Cela se retrouve autant chez les psychoses schizophréniques de début tardif que précoce et reste difficile à expliquer au niveau de la pathogénie(43) (17).

La seule anomalie morphologique retrouvée de façon quasi unanime est la présence de lésions en hyper signal au niveau de la substance blanche, des régions péri-ventriculaires et des noyaux gris centraux. Elles correspondent à une leuco-encéphalopathie d'origine vasculaire (17) (9). Ce type d'anomalie laisse entrevoir un rôle potentiel de l'athérosclérose dans l'apparition des psychoses chez le sujet âgé. Cependant, comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, on ne retrouve pas d'association entre les psychoses tardives et les facteurs de risque cardio-vasculaires. Par ailleurs, ce genre de lésions se retrouve dans beaucoup de pathologies et même chez le sujet sain.

Beaucoup de travaux récents ont essayés de préciser ces lésions avec des mesures en IRM qui n'ont pas montré d'anomalies significatives (44) (45). L'imagerie fonctionnelle (IRM fonctionnelle, PET scan, SPECT...) n'a pas été plus contributive pour l'instant, fournissant des résultats très hétérogènes (9) (46).

A noter que des études électroencéphalographiques n'ont pas apporté non plus de résultats contributifs. Elles retrouvent souvent des anomalies que l'on observe également dans la schizophrénie précoce, comme le retard du pic de latence de l'onde N 400. Des études récentes n'ont pas retrouvé d'anomalies par rapport aux témoins, faisant penser qu'il n'y a peut être pas d'anomalies cérébrales accompagnant les psychoses tardives (47) (48).

Howard et Castle avaient fait une hypothèse séduisante, suggérant que la schizophrénie serait due à des anomalies latentes du lobe temporal. Ces anomalies se manifesteraient soit lors de la maturation cérébrale chez le sujet jeune, soit lors des modifications dégénératives chez le sujet âgé. Un même processus expliquerait ainsi deux formes différentes de la même maladie (49). Aucun argument scientifique n'a pu pour l'instant le vérifier.

Des anomalies morphologiques ont également été rapportées dans le cadre des dépressions délirantes du sujet âgé. Simpson et al. ont mis en évidence chez certains patients une atrophie du tronc cérébral et du cortex fronto-temporal ainsi qu'une augmentation de volume du troisième ventricule (30).

En ce qui concerne les DTA avec troubles psychotiques, là aussi on a montré des particularités morphologiques et fonctionnelles : asymétrie entre les deux hémisphères, différence de flux vasculaire et au niveau du métabolisme du glucose (11).

L'ensemble de ces données est encore peu exploitable en tant que tel mais beaucoup d'études orientent actuellement leur recherche dans ce sens.

6.4 Neuro-cognition

L'approche neuro-cognitive cherche, en parallèle de l'imagerie, à mettre en évidence un processus neuro-dégénératif dans la genèse des délires d'apparition tardive.

Beaucoup d'études ont été mené dans ce sens, surtout en ce qui concerne les psychoses tardives. Il importe aussi dans ces pathologies, d'établir si elles ont une évolution déficitaire comme les psychoses schizophréniques classiques de l'adulte jeune.

Les résultats des différents travaux de recherche sont assez contradictoires.

Un certain nombre d'entre eux ne retrouve pas d'évolution déficitaire. Par exemple, Palmer et al. en 2003 ont comparé sur deux ans les fonctions cognitives (MMS et DRS) de schizophrènes de début tardif et précoce, de patients présentant une DTA et de témoins. Il a retrouvé une stabilité des performances cognitives à 1 et 2 ans chez les schizophrènes tardifs comme précoce ainsi que chez les témoins. A l'opposé, les patients déments présentaient une baisse importante et progressive de leurs capacités cognitives (36).

D'autres auteurs ont quant à eux, retrouvé une évolution déficitaire, dans des modalités variables. En 1987, Holden retrouve 27 % de ces « late paraphrenia » présentant un diagnostic de démence après trois ans de suivi. Brodaty et al. trouvent en 1999, des performances plus faibles chez les schizophrènes tardifs et précoces, par rapport aux témoins. Ils ont une détérioration identique mais ne touchant pas les même fonctions. Chez les psychotiques tardifs les défaillances se situent au niveau de la vitesse de traitement de l'information, de la mémoire, de l'apprentissage et des fonctions frontales exécutives (17). Il semble tout de même que moins de fonctions soient défaillantes chez ces malades que chez les jeunes schizophrènes.

Une étude publiée en 2003, comparait des patients psychotiques de début tardif à des témoins, en évaluant leurs fonctions cognitives et leur fonctionnement dans la vie quotidienne, à un et cinq ans (37). A un an, on ne retrouvait pas de différences entre les deux groupes. A cinq ans, 47 % des malades présentaient les critères de démence du DSM IV, dont 55 % de DTA, 33 % de démence indéterminée et 12 % de démence vasculaire. Cela laisse envisager un déclin très progressif chez les psychoses tardives. Il est surprenant de voir une prépondérance de DTA, la fréquence de la leuco-encéphalopathie à l'imagerie faisant plutôt envisager une majorité de démence vasculaire. Les auteurs émettent l'hypothèse, pour l'expliquer, que certaines formes de DTA débutent par un tableau de psychose tardive, en particulier en cas de lésions débutant dans les régions temporales. Il est probable que les précédentes études n'avaient pas établi un suivi assez long pour voir la dégradation s'installer. Des cohortes plus importantes seraient nécessaires pour confirmer cette donnée.

Pour revenir à l'hypothèse d'un processus dégénératif d'origine vasculaire, Howard y rattache le rôle des œstrogènes. Alors que les hommes, avec les mêmes risques, vont développer la

maladie plus tôt ou vont mourir avant qu'elle ne débute, d'un accident cardio-vasculaire (AVC ou IDM), les femmes ne vont être soumises au risque de développer la maladie qu'après la ménopause. Les œstrogènes les préserveraient de ce risque avant, expliquant la prépondérance des femmes dans les délires d'apparition tardive (12). Cette théorie paraît intéressante mais il existe peu d'éléments la confirmant.

Enfin, une dernière donnée intéressante car entrant dans un cadre plus global : Roth et Kay retrouvent un déficit cognitif identique chez des patients présentant des psychoses tardives et des dépressions tardives. Il émet l'idée d'un mécanisme similaire dans les deux pathologies mettant en jeu la cascade du stress glucocorticoïde-dépendante (43). Cette donnée est très intéressante dans une perspective psychopathologique car laissant supposer une origine et une fonction commune de ces deux pathologies chez le sujet âgé.

7. PSYCHOPATHOLOGIE

7.1 Rôle des événements de vie

Peu d'études se sont intéressées à l'abord psychopathologique des troubles délirants du sujet âgé et en particulier en ce qui concerne les événements de vie.

Giblin et al. en 2004 ont mis en évidence que les patients présentant des troubles délirants d'apparition tardive ou des dépressions tardives avaient présenté plus d'événements de vie au cours de leur enfance et de leur vie adulte que des sujets témoins. Ils retrouvaient chez ces malades des schèmes cognitifs inadaptés, participant à l'émergence d'idées délirantes (50).

Fuchs en 1999 s'est intéressé plus précisément à la place des événements de vie précoces dans la genèse des délires d'apparition tardive et des dépressions tardives (22). Il a donc comparé les histoires de vie de 38 patients délirants tardifs avec celles de 38 dépressifs tardifs dont 18 présentaient des idées délirantes associées. Il fait l'hypothèse que les événements de vie vécus antérieurement sont responsables d'une vulnérabilité acquise. Cette fragilité, à l'occasion d'un événement de vie rencontré par le sujet dans sa vieillesse, va déclencher une pathologie. Chez les patients développant un délire d'apparition tardive, les types d'événement de vie retrouvés

sont : naissance issue d'une relation extraconjugale, naissance d'enfant illégitime, départ forcé/immigration du fait de violence, abandon/placement, divorce des parents et divorce dans leur vie conjugale. Chez les déprimés : décès d'un ou des parents et perte d'un enfant.

On retrouve des événements de vie plutôt dans le registre de la contrainte chez les délirants tardifs et plutôt de l'ordre de la perte chez les dépressifs.

La notion de fuite/départ forcé se retrouve beaucoup chez les psychotiques mais également chez les déprimés. L'étude se déroulant en Allemagne, tous les patients sont nés avant la deuxième guerre mondiale et beaucoup ont connu l'exode forcé après la chute du nazisme. Tous décrivent cette fuite comme particulièrement stressante, avec un vécu d'injustice, de honte et d'hostilité de la part d'autrui. Malgré une « réintégration » réussie, beaucoup se sentent encore comme des étrangers. Cette donnée rejoint les études déjà mentionnées, montrant la forte prévalence de délires d'apparition tardive chez les sujets immigrés (13).

Ces événements de vie précoces vont être compensés par des mécanismes de défense qui vont s'ancrer dans la personnalité des sujets. De nouveaux événements de vie arrivant à une période de grande fragilité, qu'est la vieillesse, vont bouleverser un fonctionnement adaptatif très ancien. Ce dernier ne va plus pouvoir faire face du fait de nombreux facteurs tels que l'isolement affectif et socio-relationnel, le manque d'investissement extérieur, la carence narcissique du fait du déclin physique, la baisse de la capacité d'adaptation...Un nouvel événement dans ce contexte va en fait « décompenser » un événement de vie vécu antérieurement, au cours de l'enfance ou de l'âge adulte.

Cela se retrouve particulièrement chez les survivants de l'Holocauste dont le développement d'idées délirantes dans le grand âge renvoie à des mécanismes de défense antérieurs, mis en place en réaction aux facteurs de stress rencontrés pendant leur jeunesse.

7.2 Rôle de la personnalité

Beaucoup plus de travaux sur les délires d'apparition tardive se sont intéressés aux troubles de la personnalité. Comme nous l'avons déjà dit précédemment, on remarque une forte prévalence de personnalités pathologiques dans ce type de trouble, ce qui en constitue même un facteur de risque. Cependant la plupart des auteurs se contente d'y voir le « stigmat » d'un fonctionnement pathologique qui va aboutir à la décompensation d'une pathologie

mentale au cours de la vieillesse. Ils n'établissent pas d'articulation psychopathologique, l'envisageant plutôt comme un élément descriptif logique.

Fuchs, dans la suite de son étude décrite précédemment, reprend la même population, en comparant cette fois le type de mode de relation des patients et leurs traits de personnalité (18). Les psychotiques présentent en plus grand nombre des troubles de la personnalité que les dépressifs. Ce ne sont pas les mêmes types de personnalité que l'on retrouve. Chez les patients présentant une psychose d'apparition tardive, on retrouve des personnalités de structure psychotique, schizoïde et paranoïaque principalement. Chez les dépressifs, ce sont plutôt des personnalités névrotiques de type évitante, dépendante et obsessionnelle. L'étude du type de mode de vie et du mode de relation de ces deux types de patients, reflète le fonctionnement particulier de ces personnalités pathologiques.

Les psychotiques tardifs sont le plus souvent célibataires, sans enfant, vivant seuls et mettant en avant leur besoin d'indépendance et d'autonomie. Lorsqu'ils sont divorcés, c'est le plus souvent leur décision. Les sujets mariés décrivent leur mariage plutôt comme une alliance qu'une relation. Leur solitude à un âge avancé reflète leur mode de vie où ils ont développé peu de relations intimes avec un certain rejet de la sociabilité. Par contre, ils se sont souvent beaucoup investis dans leur activité professionnelle, mettant en avant l'importance de « se battre et ne pas se laisser aller ».

Les dépressifs sont quant à eux, rarement seuls ou divorcés, la plupart ont des enfants et des relations très soutenues. Ils ont par contre souvent peu d'activités, préférant rester en famille ce qui est pour eux prioritaire. Ils mettent en avant l'importance d'être présent pour leur conjoint et leurs enfants.

Nous voyons donc qu'il existe deux modes de fonctionnement bien distincts dans ces deux types de pathologies :

- Les patients développant une psychose d'apparition tardive sont dans une fuite de l'attachement et un hyper-investissement professionnel pouvant faire penser à un fonctionnement opératoire.
- Les malades développant une dépression tardive sont eux dans une grande dépendance affective avec une grande difficulté à rester seul. La séparation chez eux est ressentie comme une perte de sens, un sentiment d'incomplétude.

Par rapport à ce que nous avons vu dans le chapitre précédent, ces modes de fonctionnement apparaissent bien comme des mécanismes de défense en réaction à ces événements de vie précoces.

- Les psychotiques ont vécu plutôt des événements dans le registre de la contrainte où « les autres » ont un rôle prépondérant dans leur déclenchement. Ils gardent en plus un sentiment de honte à l'égard d'autrui avec un sentiment d'hostilité de leur part. On comprend alors le mode de défense de ces derniers qui va consister à fuir les rapports socio-affectifs en privilégiant un développement individuel ne s'appuyant sur aucun attachement. L'avancée en âge va être difficile pour eux du fait de la retraite et de la baisse d'autonomie due à la sénescence.
- Les dépressifs ont eux rencontré des événements de vie à type de perte. En réaction, ils sont dans une quête affective constante, privilégiant leur entourage à leur développement individuel. On comprend alors le risque de développer une pathologie en réponse à une nouvelle perte qui ne pourra pas être compensée du fait de relations plus difficiles à entretenir au cours de la vieillesse.

Dans les deux cas de figure, le fonctionnement défensif qui leur évitait de décompenser jusqu'à présent, va se trouver entravé de plus en plus par les contraintes de l'avancée en âge (retraite, décès de proche, perte d'autonomie, maladie somatique, difficultés financières, réduction des investissements...). Un nouvel événement de vie va alors faire décompenser cet équilibre devenu précaire, d'où l'émergence d'une pathologie qui va se trouver être la résultante à distance, du ou des événements de vie vécus durant l'enfance et l'âge adulte.

7.3 Psychopathologie du vieillissement

On a tendance à envisager le vieillissement selon deux directions opposées : la continuité ou la rupture par rapport à l'âge adulte. Il apparaît cependant que le vieillissement peut être considéré de manière plus adéquate comme une crise (51). Le sujet va devoir réagir à cette dernière avec plus ou moins de réussite. De nouvelles conditions biologiques et de l'environnement vont provoquer une inadéquation entre les possibilités du sujet et les

exigences du milieu. De ce fait, cela va réactiver des angoisses pouvant conduire à des décompensations avec recours à des mécanismes de défense depuis longtemps abandonnés.

Beaucoup de facteurs de perte vont venir fragiliser le sujet âgé sur le plan affectif et narcissique :

- La retraite, en tant que perte de fonction sociale, diminution des ressources financières et dépendance vis-à-vis de la société.
- La diminution des rapports sociaux, du fait de rupture avec les collègues de travail, de l'éloignement des enfants et de la famille...
- Le deuil, plus fréquent au fur et à mesure de l'avancée en âge.
- Les affections somatiques, avec d'éventuelles douleurs, signent de la « défaite » du corps.
- La perte d'autonomie, avec sentiments de dépendance et de honte.
- La désafférentation sensorielle, responsable d'angoisse et d'isolement.
- Le changement de mode de vie, induit fatalement par l'augmentation du temps libre alors que les ressources financières sont plus faibles.

Ces différents aspects de la vie de l'âgé créent chez lui un état d'équilibre psychologique instable avec sentiment de perte de pouvoir, de perte d'efficacité, d'atteinte de l'identité sociale et avivement de l'idée de mort. Face à ces pertes, il va devoir s'adapter et se réorganiser au niveau psychologique, mettant en place des mécanismes de défense qui lui permettent d'investir de nouveaux champs d'intérêt.

Or le sujet âgé a souvent une capacité de réaction aux événements limitée, surtout s'ils sont inhabituels, du fait de la réduction de ses activités, de la restriction du champ relationnel et de la diminution des stimulations. Cette baisse des aptitudes d'adaptation, augmente la sensibilité aux événements de vie.

En cas de difficultés à mettre en place des mécanismes de défense efficaces pour s'adapter à la situation, une altération de l'estime de soi et une régression narcissique vont apparaître favorisant l'éclosion d'un trouble psychique.

Clément en 2000, expliquait la désadaptation du sujet âgé comme découlant d'un déséquilibre entre trois dimensions fondamentales pour lui : le bien être physique, mental et socio-affectif

(52). Il va plus loin en proposant une approche transnosographique, expliquant tous les troubles psychiques du sujet âgé comme résultant d'un processus de désadaptation. Ce processus pourrait en fonction de la personnalité, des événements de vie, de l'entourage socio-affectif et de la « biologie » du sujet, aboutir à une pathologie psychiatrique. Selon le degré d'adaptation, il pourra en résulter une pathologie allant de l'anxiété jusqu'à la démence, en passant par la dépression et le délire. Dans ce concept, le stress joue un rôle fondamental. En fonction des caractéristiques biologiques du sujet face au stress (sous-tendu par son histoire et surtout ses événements de vie précoces) une stratégie adaptative va se mettre en place avec possible émergence d'un type de troubles psychiques déterminé.

En 2003, Hasset a repris ce modèle de vulnérabilité au stress. Il a proposé un modèle d'apparition des psychoses tardives à partir des perturbations précoces survenues au cours du développement, de la personnalité et de l'isolement. Pour lui, la vulnérabilité au stress rentre en interaction avec un support organique et des événements psycho-sociaux qui aboutiront à l'émergence d'une psychose.

7.4 Fonction du délire chez le sujet âgé

On peut se demander quelle place occupe le délire d'apparition tardive dans le psychisme du sujet âgé ? Nous avons déjà vu dans le chapitre précédent qu'il avait une certaine fonction adaptative, venant en réaction d'une situation stressante dans un contexte bio-psycho-social défavorable. Dans cette fonction, il est intéressant de noter que le délire représente une production mentale organisée autour d'une défaillance. C'est un mode d'adaptation.

Il apparaît également que le délire peut être considéré comme un système de défense mis en place pour lutter contre une réalité stressante. La plupart des délires d'apparition tardive utilise le déni comme mode défensif à travers des thèmes de persécution, de préjudice et d'intrusion. On remarque que ces idées délirantes vont surtout concerner des valeurs qui sont « mises à mal » au cours de la vieillesse : la propriété, la santé et la réputation.

La notion de propriété apparaît dans le délire de vol, de cambriolage, d'héritage convoité ou encore d'ingratitude. On peut faire une correspondance entre la perte d'« objet » liée à la vieillesse et le vol d'objet délirant.

La notion de santé est au centre des délires hypochondriaques où le sujet lutte contre l'intrusion de la maladie et de la mort. Peuvent également s'y rattacher les délires de longévité, le déni de la mort ou de décès.

On peut situer entre la propriété et la santé, le délire d'infestation ou syndrome d'Ekbohm. Le préjudice portant sur l'intrusion de parasites dans le corps, portant atteinte à l'intégrité du schéma corporel.

La notion de réputation enfin, se retrouve dans les délires érotomaniaques comme intrusion de l'amour de l'autre et dans les délires de jalousie en tant qu'intrusion de l'autre au sein du couple. La fréquence des thèmes sexuels et moraux peut également en être rapprochée.

Enfin, plus qu'une adaptation, le délire se propose de remplacer une réalité par une autre, permettant ainsi de redonner un certain sens à l'existence et de retrouver une certaine capacité de penser.

Pour Dias Cordeiro, le délire tardif serait une réaction de la personnalité, partiellement réussie pour lutter contre une position dépressive (53). Cette position dépressive serait générée par la nécessité pour le sujet âgé de faire le deuil de sa propre image, révélant une blessure narcissique. Le sujet devant accepter, pour « bien vieillir », de se détacher de l'image de lui qu'il avait construit à l'âge adulte. La réussite dans cette lutte para dépressive passerait par un compromis entre l'intériorisation et l'externalisation du vécu dépressif. Le délire permet de protéger de l'anxiété, d'un effondrement dépressif et même de la dissolution démentielle, solution la plus « extrême ».

Face au vieillissement, le sujet sera soumis à cette problématique narcissique. Il y répondra en fonction de son histoire de vie, de sa personnalité, de ses mécanismes de défense mis en place et de son environnement socio-familial, pouvant alors aboutir selon l'ensemble de ces paramètres à un type de pathologie : délire comme déni de la réalité para dépressive, dépression avec risque d'effondrement narcissique et enfin démence, « solution » ultime par dissolution du psychisme.

8. STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

8.1 Considérations générales

8.1.1 Prise en charge

Il importe devant tout délire d'apparition tardive d'éliminer en tout premier lieu une cause organique et en particulier un syndrome confusionnel et une iatrogénie. Comme nous l'avons déjà souligné, l'intrication entre troubles psychiques et pathologie organique est fréquente chez le sujet âgé et il est souvent difficile d'établir le diagnostic et le lien de causalité entre les deux. C'est pour cela qu'il faut toujours s'attacher à faire un interrogatoire très approfondi du malade et si possible de son entourage, à effectuer un examen clinique complet minutieux et à le compléter par des examens complémentaires. Un bilan sanguin complet ainsi qu'une bandelette urinaire et un électrocardiogramme doivent permettre d'éliminer une pathologie organique sous-jacente. Ce bilan pourra être approfondi en fonction de l'interrogatoire et de l'examen.

L'hospitalisation est bien sûr indiquée lorsque les troubles s'avèrent dangereux pour le malade ou son entourage. Ce sont le plus souvent les troubles du comportement qui débouchent sur une hospitalisation, en particulier l'agitation, l'agressivité et les fugues.

Il faudra alors réaliser une sédation pharmacologique en utilisant le plus souvent un neuroleptique sédatif per os ou en intramusculaire en cas de refus du patient. On utilisera préférentiellement les benzamides comme le tiapride ou les nouveaux antipsychotiques comme la risperidone ou l'olanzapine. Ces classes médicamenteuses ont l'avantage de présenter moins d'effets secondaires et de permettre une sédation respectant la vigilance du patient. En cas de suspicion d'une démence à corps de Lewy, il faudra utiliser d'autres classes médicamenteuses, les neuroleptiques étant contre-indiqués.

8.1.2 Traitement médicamenteux

La problématique délirante d'apparition tardive pose évidemment la question de la thérapeutique anti-délirante chez des patients âgés et par conséquent fragiles.

En effet, la pharmacocinétique est diminuée chez ce type de patient du fait d'un métabolisme général ralenti. Il faut ainsi adapter la posologie en diminuant les doses par rapport aux sujets adultes. Une étude de 2008 s'est intéressée à l'effet de l'âge sur la prescription d'antipsychotiques chez des patients schizophrènes. Elle montrait une augmentation de dose durant la troisième décennie pour arriver à un plateau à la cinquantaine avant de diminuer après soixante ans. Les auteurs se sont également intéressés au rôle de l'âge de début de la schizophrénie sur la posologie d'antipsychotiques prescrite. Ils trouvent des demi-doses (par rapport à la posologie moyenne des schizophrénies débutant chez l'adulte jeune) chez les schizophrénies débutant après 40 ans (LOS) et des tiers de dose chez les schizophrènes débutant leur maladie après 60 ans (VLOSLP) (54). Le consensus international de 2000, préconisait lui des quarts à des demies doses chez les LOS (toujours par rapport aux schizophrénies précoces) et des dixièmes de dose pour les VLOSLP (9).

Il convient de privilégier les nouveaux antipsychotiques par rapport aux neuroleptiques classiques. En effet, les personnes âgées se montrent beaucoup plus sensibles aux effets secondaires et en particulier aux effets neurologiques des neuroleptiques. Les syndromes extrapyramidaux et les dyskinésies tardives sont effectivement beaucoup moins fréquents avec les nouveaux antipsychotiques. Ce type d'effets secondaires est particulièrement gênant chez des patients dont l'autonomie est souvent réduite et chez qui d'éventuels correcteurs sont également délétères, responsables de troubles cognitifs et de constipation entre autres.

Les dernières études ont montré de plus une meilleure efficacité des antipsychotiques sur la symptomatologie productive et négative par rapport aux neuroleptiques classiques (55).

Les principaux effets secondaires des nouveaux antipsychotiques sont la prise de poids et le risque accru de présenter un diabète non insulino-dépendant. Ce sont des éléments à prendre évidemment en considération mais qui paraissent plus « contrôlables » par des mesures éducatives que les troubles neurologiques des neuroleptiques classiques. Certaines études montrent l'absence de prise de poids avec ces nouvelles thérapeutiques (56). Les résultats sont assez contradictoires selon les différentes enquêtes.

8.1.3 Place des psychothérapies

La psychothérapie est un apport très intéressant dans la pathologie délirante d'apparition tardive. En effet, au vu du caractère adaptatif que revêt le délire chez ce type de patient, il convient de ne pas faire disparaître trop vite le délire ni à en obtenir une critique trop rapide.

La psychothérapie pourra servir d'aménagement pour le patient vis-à-vis de ses troubles. Les approches cognitivo-comportementales ou d'inspiration analytique sont indiquées ainsi que la sociothérapie.

8.1.4 Autres considérations

Il est également intéressant dans ce type de pathologie de rechercher et de traiter les déficits sensoriels.

Il est aussi primordial de lutter contre l'isolement et l'ennui de ces malades.

Enfin, en cas de délire résistant, la sismothérapie est indiquée. La résonance magnétique transcrânienne pourrait être une alternative de choix chez ces patients fragiles. Ce type de traitement est encore en protocole d'étude.

8.2 Thérapeutiques spécifiques

8.2.1 Thérapeutiques dans le cadre des étiologies psychotiques

Au vue du rôle primordial de l'affectivité et de l'anxiété dans les psychoses tardives, le traitement de choix repose sur l'association d'un nouvel antipsychotique et d'un antidépresseur. Comme nous l'avons mentionné précédemment, il est préférable d'utiliser les nouveaux antipsychotiques du fait d'une meilleure tolérance et d'une même efficacité, comparés aux neuroleptiques classiques.

Les antidépresseurs sérotoninergiques sont les plus indiqués car ils n'ont pas d'activité dopaminergique. Ils permettront le plus souvent, en outre de leur activité antidépressive, de réduire l'anxiété et les troubles du comportement.

Un traitement anxiolytique et sédatif sera parfois nécessaire de manière adjuvante en attendant l'atténuation des troubles.

Il faudra bien sûr veiller à utiliser les doses minimales efficaces.

8.2.2 Thérapeutiques dans le cadre des dépressions délirantes

Il a été montré que dans le cas des dépressions délirantes du sujet âgé, un traitement antidépresseur seul était aussi efficace qu'une association entre un antipsychotique et un antidépresseur (57). Cette association est par contre plus efficace qu'une monothérapie avec un antipsychotique.

Il convient donc d'utiliser en première intention un antidépresseur sérotoninergique, noradrénergique ou biaminergique seul. En cas de mauvaise réponse au traitement, on pourra en seconde intention, associer un nouvel antipsychotique à l'antidépresseur.

La réponse au traitement des dépressions délirantes est souvent relativement mauvaise. En dernier recours, l'électroconvulsivothérapie reste une solution efficace. Là aussi la résonance magnétique trans-crânienne pourrait être une alternative très intéressante car moins invasive.

8.2.3 Thérapeutiques dans le cadre des pathologies neuro-dégénératives

Dans le cadre des processus démentiels, il est avant tout préférable d'adapter les médications spécifiques des neuromédiateurs en jeu dans le processus neurodégénératif (anticholinestérasiques, mémantine, agonistes dopaminergiques, agonistes nicotiques, agonistes des canaux sodiques, modulateurs des récepteurs NMDA).

Ensuite, il conviendra de rechercher une éventuelle dépression sous-jacente qu'il faudra alors traiter. Une anxiolyse de préférence non neuroleptique peut être intéressante.

Le délire en lui-même devra être, dans la majeure partie des cas toléré. Un traitement devra être mis en place en cas d'angoisse et/ou de troubles du comportement associés. Les nouveaux antipsychotiques à dose faible seront alors privilégiés.

9. CONSIDÉRATION NOSOGRAPHIQUES

9.2 Validité clinique des entités de schizophrénie tardive et de psychose schizophréniforme d'apparition très tardive

Nous avons vu dans l'historique comme les difficultés nosographiques autour du délire tardif avaient abouti à une multiplication des concepts et des classifications.

C'est ainsi qu'un auteur faisait remarquer en 1997, que les connaissances autour des schizophrénies tardives ne s'étaient que peu enrichies depuis M. Bleuler. Il attribuait cela à la confusion des terminologies et des concepts selon les pays, responsables d'études comparables trop peu nombreuses (58).

Un consensus international a créé en 2000, deux nouvelles entités nosographiques avec l'objectif d'harmoniser les différentes conceptions autour des psychoses tardives. Ils souhaitaient ainsi faciliter les études multicentriques internationales.

Il a été choisi de regrouper des tableaux cliniques assez hétérogènes dans le grand cadre des schizophrénies. En effet, les psychoses débutant après quarante ans sont appelées « schizophrénies tardives ». Celles débutant après soixante ans sont nommées « psychoses schizophréniformes d'apparition très tardive ».

L'hétérogénéité intrinsèque même du concept de schizophrénie a été mise en avant afin de justifier ce choix. Pour eux, la schizophrénie peut survenir à tout âge avec, en fonction de ce dernier, de grandes variations, de présentation, d'épidémiologie, de clinique, de psychopathologie et de traitement (9).

Un certain nombre de critiques s'est élevé contre cette « vision nosographique » des psychoses d'apparition tardive. Il peut en effet être difficile d'envisager le lien entre des troubles apparaissant chez un sujet âgé et une pathologie qui est avant tout un trouble du développement du système nerveux. Les différences nombreuses entre la schizophrénie classique et les psychoses tardives peuvent également laisser sceptique.

Certains psychiatres ont également critiqué l'utilisation du terme même de « schizophrénie », délétère dans les esprits et risquant de conditionner le traitement de ces patients. Or le traitement de ces patients doit justement être envisagé différemment de celui des psychoses schizophréniques de l'adulte jeune (59).

Suite au consensus, des études se sont proposées de valider en pratique ces nouveaux diagnostics. En 2002, une étude a comparé des schizophrènes de début précoce et des psychoses schizophréniformes de début très tardif. Pour eux, l'existence de caractéristiques significatives chez les psychotiques tardifs, validait l'entité nosographique (60). Cela peut paraître assez discutable dans le sens où c'est justement le manque d'homogénéité avec les schizophrénies de début précoce qui paraît contestable dans cette approche nosographique.

Une autre étude, en 2008, a comparé des patients schizophrènes tardifs à d'autres présentant une psychose schizophréniforme d'apparition très tardive. Les deux groupes étaient distingués cliniquement par la présence ou non de troubles psychomoteurs (les schizophrènes tardifs en avaient plus) ce qui valide partiellement le modèle nosographique.

Cependant à ce sujet, le choix d'un âge discriminatif a été plutôt arbitraire de l'aveu même des auteurs du consensus.

Il semble donc que ces nouvelles entités ne résolvent pas toute la question des troubles délirants d'apparition tardive. Ces termes regroupent encore un ensemble très hétérogène de syndromes où apparaît un délire, lié à différentes conditions pouvant se superposer. Il est évident que des recherches sont encore nécessaires afin de mieux spécifier les choses et adapter au mieux les prises en charge thérapeutiques. Malgré le consensus, le débat ne semble pas clos.

9.2 Positions des classifications internationales (61) (62)

Comme nous l'avons déjà mentionné, les deux grandes classifications catégorielles que sont la CIM-10 et le DSM-IV avaient déjà intégré la pathologie délirante d'apparition tardive dans la schizophrénie, bien avant le consensus de 2000. En effet, ces dernières ont retiré le critère d'âge concernant le diagnostic de schizophrénie, permettant ainsi aux psychoses tardives de s'y intégrer. En même temps, la CIM-10 retirait le diagnostic de paraphrénie tardive alors que le DSM-IV donne en alinéa les caractéristiques générales des schizophrénies commençant après 45 ans.

Enfin, il existe des catégories beaucoup plus floues permettant de regrouper les tableaux cliniques délirants n'entrant pas dans les critères de schizophrénie.

Dans la CIM-10, c'est principalement les « troubles délirants persistants ». Ils sont définis comme regroupant divers troubles caractérisés essentiellement par des idées délirantes persistantes ne pouvant être classés parmi les troubles organiques, schizophréniques ou affectifs. Il précise le caractère hétérogène de ce type de trouble et leur origine floue. Il ajoute que des symptômes dépressifs ou même un épisode dépressif caractérisé peuvent être présents de façon intermittente à condition que le délire persiste en l'absence des troubles thymiques. Sont inclus dans cette catégorie, le délire sensitif de relation, l'état paranoïaque, la paranoïa, la paraphrénie tardive et la psychose paranoïaque.

En cas de troubles ne rentrant ni dans les critères de schizophrénie ni dans ceux des troubles délirants persistants, reste la catégorie des « autres troubles psychotiques non organiques ». Il y inclut la psychose hallucinatoire chronique.

Enfin, en cas d'« impasse » diagnostique restent les « psychoses non organiques, sans précision ».

Dans le DSM-IV, les alternatives à la schizophrénie sont le « trouble délirant » et le « trouble psychotique non spécifié ». La première catégorie reprend les caractéristiques des « troubles délirants persistants » de la CIM-10. La seconde sert à classer l'« inclassable » dans les autres rubriques.

Il semble que ces classifications soient loin d'être efficaces, que cela soit dans une dimension clinique, psychopathologique ou thérapeutique. Plusieurs travaux ont étudié leur utilisation en pratique afin d'évaluer leur pertinence et leur praticité.

En 2003, Riecher-Rössler et al. ont comparé deux groupes de patients catégorisés selon la CIM-10, en schizophrénie et troubles délirants persistants, dans le but de déterminer la validité en pratique de telle classification (63). Il est apparu que le choix entre l'une des deux catégories n'était pas guidé par la clinique mais seulement par l'âge, ce qui infirme cette catégorisation. Les deux groupes étaient tout à fait comparables sur le plan épidémiologique, clinique et thérapeutique. Le choix entre l'une des deux catégories était fait par l'âge, seule variable significative. Plus le patient était âgé et plus on retrouvait une forte proportion de « troubles délirants persistants ». Cela signe la réticence du clinicien à établir un diagnostic de schizophrénie chez un sujet âgé. Par ailleurs, seuls 59,1 % des patients étaient objectivement bien classés.

Une autre étude s'est intéressée à partir de 47 patients diagnostiqués « late paraphrenia », à répertorier le pourcentage de ces patients diagnostiqués schizophrènes selon les différentes classifications. Il en ressort une absence totale de recoupement entre les classifications avec des valeurs allant de 46,8 % avec les critères de Schneider à 97,8 % avec la New Haven Schizophrenia Index. Le DSM-IV se montrait plus inclusif (70,2 %) que la CIM-10 (68,1 %), reflétant la conception américaine (40).

Ces divergences mettent en lumière le problème nosographique qui, comme nous l'avons vu, n'est résolu ni par les classifications catégorielles ni par les nouvelles entités créées par le consensus international de 2000.

9.3 Place de la nosographie française

La nosographie française des psychoses s'est depuis longtemps éloignée des conceptions internationales sous influence germanique puis anglo-saxonne.

En effet, les psychiatres français sont restés très attachés à un mode de pensée très descriptif cherchant à individualiser le maximum de tableaux cliniques. A l'opposé, les anglo-saxons ont toujours essayé de regrouper les différentes entités entre elles afin de créer de grandes catégories de pathologies.

Par ailleurs, concernant la schizophrénie, les français sont restés attachés à l'importance de la dissociation comme symptôme fondamental et indispensable au diagnostic. Les anglo-saxons l'ont eux rapidement mise de côté, la jugeant non-opérationnelle car ne pouvant donner lieu à une bonne concordance clinique. Ils l'ont alors remplacée par d'autres symptômes, dont les plus utilisés furent pendant longtemps les symptômes de premier rang de Schneider, considérés comme pathognomoniques et d'un recueil facile au cours d'un entretien. Cela a eu pour conséquence une ouverture considérable du champ des schizophrénies au sein des psychoses, englobant quasiment toute la pathologie psychotique non organique et non affective. Cet état d'esprit est bien reflété par les classifications internationales et le consensus de 2000. En France, la schizophrénie garde une place particulière, nécessitant pour son diagnostic des critères particuliers dans une dynamique psychique ayant une signification propre. A côté des psychoses schizophréniques persistent donc plusieurs entités nosographiques homogènes ayant leurs caractéristiques propres.

Ce qui sépare le plus la pensée française de la tendance internationale, c'est probablement cette importance du sens du délire dans une dynamique psychique globale, à l'opposé d'une catégorisation systématique où prime la rationalisation logique et l'optimisation.

La volonté de tout regrouper empêche de s'intéresser aux mécanismes sous-tendant les troubles du fait d'une trop grande hétérogénéité. Or, pour nous, la compréhension psychopathologique et étiopathogénique des idées délirantes est fondamentale pour l'enrichissement des connaissances. Par exemple, il est tout à fait plausible que la Psychose Hallucinatoire Chronique constitue un sous-groupe de schizophrénie tardive. Il nous apparaît pour autant qu'il est intéressant en lui-même, du fait de son homogénéité épidémiologique, clinique, évolutif, psychopathologique et thérapeutique, permettant une meilleure compréhension qui pourra ensuite enrichir l'approche de la schizophrénie elle-même.

C'est pour cette raison que la nosographie française reste intéressante comme garante d'une certaine approche de la pathologie mentale.

**DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DE 101
CAS DE DÉLIRE D'APPARITION TARDIVE**

1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Le présent travail se veut avant tout une étude du délire d'apparition tardive, c'est-à-dire une réflexion sur le « symptôme » en lui-même. Il souhaite l'aborder en s'éloignant du débat nosographique, dans une conception plus large du problème.

Il existe de nombreuses études prenant en compte une seule étiologie de délire d'apparition tardive, notamment autour des psychoses. Peu partent du délire sans présager de sa cause.

Or, au-delà de l'étiologie, un même profil épidémiologique et clinique du patient est souvent retrouvé. Nous avons pu constater en pratique clinique comme il était souvent difficile d'établir un diagnostic étiologique sûr et définitif. On a par contre souvent été surpris par la similitude clinique qu'il pouvait y avoir entre certains patients, malgré des étiologies différentes du délire.

Cela nous a poussé à une compréhension plutôt « transversale » du délire en essayant d'en chercher le sens et de trouver la place qu'il occupe dans cette étape singulière qu'est la vieillesse.

Nous nous intéresserons donc à rechercher toutes les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, étiopathogéniques et psychopathologiques des patients présentant un délire d'apparition tardive. Nous essayerons ensuite, à partir de ces données, de comprendre la fonction du délire et de le situer dans l'histoire de vie de ces patients, en s'attachant particulièrement aux événements de vie et à la personnalité sous-jacente.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 101 patients ayant présenté un délire d'apparition tardive. Le recrutement portait sur les malades hospitalisés au centre Jean-Marie Léger entre Janvier 2003 et Décembre 2007, pour ce motif. Le centre Jean-Marie Léger est l'unité spécialisée de psychogériatrie du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges. Il reçoit des

patients de tous les secteurs du département de la Haute-Vienne ainsi que des autres départements de la région Limousin du fait de sa spécificité.

2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

A été inclus dans ce travail, tout patient présentant un premier épisode délirant apparaissant à partir de 60 ans. Etait donc pris en compte que les premiers épisodes délirants.

Ont été exclus tous les patients présentant une psychose chronique ancienne, ceux dont le délire s'inscrivait dans l'évolution d'une démence connue et enfin ceux dont le syndrome délirant était rattaché à une confusion mentale.

La première cause d'exclusion est bien entendu logique. L'exclusion des démences évolutives connues et des confusions a été décidée du fait du caractère particulier des délires rencontrés dans ces deux pathologies. Dans le premier cas le délire a un rôle de « remplissage » d'une pensée altérée et fragmentaire alors que le second est purement organique du fait d'une souffrance cérébrale aiguë. Ces deux types de délires s'éloignent de la conception psychiatrique du délire. Ils sont plutôt le reflet d'une organicité que celui d'un trouble du fonctionnement psychique.

2.3 Recueil des données

L'étude a été effectuée à l'aide des dossiers d'hospitalisation des patients. Afin de ne pas omettre certains malades, deux voies de recherche des dossiers correspondant aux critères d'inclusion ont été utilisées :

→ Premièrement, les feuilles de pré-admission remplies par les médecins avant l'hospitalisation des patients. Elles mentionnent la description clinique du patient motivant son hospitalisation mais elles sont souvent parcellaires et ne comportent pas de diagnostic.

→ Deuxièmement, le PMSI, cotation diagnostique de tous les patients hospitalisés effectuée par les médecins de l'unité. La CIM-10 sert de référence pour catégoriser les troubles des patients d'où une certaine approximation. Pour être le plus exhaustif possible, les catégories diagnostiques suivantes ont été retenues :

- F06.0 état hallucinatoire organique
- F06.2 troubles délirants organiques
- F21 troubles schizotypiques
- F22 troubles délirants persistants
- F23 troubles psychotiques aigus et transitoires
- F24 troubles délirants induits
- F28 autres troubles psychotiques non organiques
- F29 psychose non organique, sans précision
- F32.3 épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
- F33.3 trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques

Une fois le dossier inclus dans l'étude, le recueil des données s'effectuait à l'aide d'un questionnaire élaboré pour l'enquête (cf. exemplaire en Annexe).

Ce questionnaire présente différents items répartis en neuf parties permettant de recueillir les caractéristiques socio-démographiques, psycho-sociales et cliniques des patients inclus.

Ainsi sont décrits :

- 1) les caractéristiques générales des sujets inclus : le sexe, l'âge, la situation maritale, le nombre d'enfants, le mode de vie, la présence d'un entourage, les loisirs et le niveau d'études.
- 2) les éléments biographiques et notamment l'existence d'événements de vie pendant l'enfance et l'âge adulte, qui seront ensuite caractérisés selon le registre concerné : perte, contrainte ou perte/contrainte
- 3) les antécédents personnels : pathologie psychiatrique, maladie et facteur de risque cardio-vasculaire, désafférentation sensorielle (auditive et/ou visuelle), handicap moteur limitant la mobilité et douleur chronique. Ces trois dernières données favorisant chacune à leur manière, une certaine forme d'isolement.
- 4) les antécédents psychiatriques familiaux.

- 5) l'existence d'un facteur déclenchant des troubles : deuil, séparation, retraite, pathologie somatique, changement de mode de vie, conflit, traumatisme, autres.
- 6) le motif d'hospitalisation principal et les éventuels motifs associés, dans le but de mieux spécifier les différentes approches conduisant à la prise en charge de ce type de pathologie.
- 7) une description clinique de l'état psychique du patient. Toutes les caractéristiques cliniques du délire sont rapportées mais aussi l'âge de début des troubles, l'évolution, les symptômes thymiques, l'angoisse, les troubles du comportement, les symptômes dissociatifs et des traits de personnalités éventuels.
- 8) le diagnostic retenu au décours de l'hospitalisation.
- 9) les données d'une imagerie cérébrale éventuelle.

Etaient également pris en compte la prise en charge thérapeutique et l'évolution post-hospitalière. Ces dernières données ne sont pas étudiées dans ce présent travail mais ont été recueillies dans l'optique éventuelle d'un travail ultérieur plus axé sur la prise en charge.

2.4 Outils statistiques

Les données de l'étude ont été saisies et analysées grâce au logiciel SPSS 15.0 for Windows, nous permettant d'obtenir des résultats descriptifs et comparatifs. Les tests statistiques utilisés pour l'interprétation des résultats sont : le test du Chi 2 pour la comparaison de proportions, le test T de Student pour la comparaison de moyennes paramétriques et la régression logistique pour analyser l'influence de plusieurs facteurs sur une variable dépendante.

A noter que concernant le test du Chi 2, en cas de données inférieures à 5, il est remplacé par le test de Fischer (ou probabilité exacte de Fischer).

3. RÉSULTATS

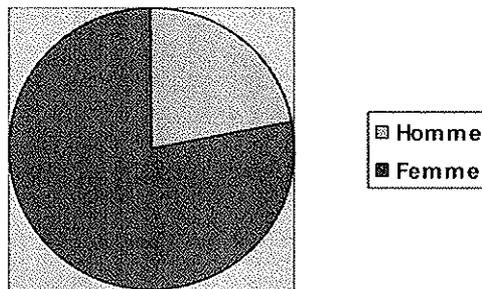
3.1 Résultats descriptifs

Nous allons successivement passer en revue l'ensemble des résultats de la cohorte pour chaque item donné. Pour plus de commodité nous suivrons le plan du questionnaire.

3.1.1 Caractéristiques générales

— Sexe

Sur les 101 patients, 78 % étaient des femmes et 22 % des hommes.



Graphique n° 1 : Sex ratio

— Age

L'âge moyen des patients est de 80,7 ans avec une amplitude allant de 63 à 99 ans.

— Situation maritale

Veuf / veuve	54 %
Marié(e)	22 %
Célibataire	14 %
Divorcé(e)	10 %

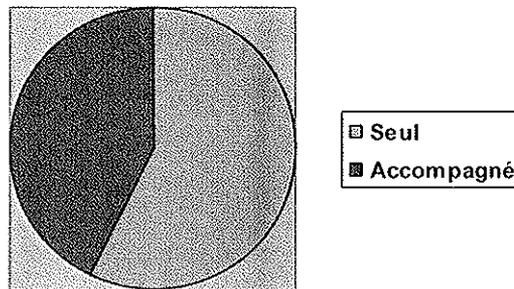
Tableau n° 1 : Répartition selon la situation maritale

— Nombre d'enfants

72 % des patients avaient des enfants, 28 % n'en avaient jamais eu.

— Mode de vie

57 % vivaient seuls et 43 % vivaient accompagnés.



Graphique n° 2 : Mode de vie

— Présence d'un entourage étayant

50,5 % étaient entourés alors que 49,5 % ne l'étaient pas.

— Loisirs

64 % n'avaient pas d'activités, 36 % en avaient.

— Niveau d'études

Nous avons retrouvé que 84 % des patients avaient un niveau inférieur ou égal au certificat d'études, 16 % avaient un niveau supérieur au certificat d'études. Selon le niveau d'études, on retrouve une répartition comme telle :

Non obtention du certificat d'études	37 %
Certificat d'études	47 %
Baccalauréat	8 %
Etudes supérieures	8 %

Tableau n° 2 : Répartition selon le niveau d'études

3.1.2 Eléments biographiques

Sur les 101 patients, seuls 17 % avaient présenté des événements de vie durant leur enfance. Concernant les événements de vie survenus à l'âge adulte, 91 % des sujets en avaient présenté. Le typage de ces différents événements est donné dans les deux tableaux suivants.

Perte	23,5 %
Contrainte	47,1 %
Perte / Contrainte	29,4 %

Tableau n° 3 : Type d'événements de vie survenus durant l'enfance

Perte	40,2 %
Contrainte	20,7 %
Perte / Contrainte	39,1 %

Tableau n° 4 : Type d'événements de vie survenus durant l'âge adulte

3.1.3 Antécédents personnels

— Antécédents psychiatriques

Seul 45,5 % des sujets inclus avaient déjà présenté des troubles psychiatriques antérieurement avec respectivement pour chaque pathologie :

Episode dépressif	39,6 %
Tentative d'autolyse	6,9 %
Trouble anxieux	1,0 %
Autres antécédents	12,9 %
Suivi psychiatrique	8,9 %

Tableau n° 5 : Fréquence des troubles psychiatriques antérieurs

— Maladies et facteurs de risque cardio-vasculaire

Hypertension artérielle	46,5 %
Diabète	17,8 %
Surcharge pondérale	5,0 %
Dyslipidémie	16,8 %
Tabagisme	1,0 %
Angor / Infarctus du myocarde	14,9 %
Accident vasculaire cérébral	10,9 %
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	4,0 %

Tableau n° 6 : Fréquence des maladies et facteurs de risque cardio-vasculaires

— Désafférentation sensorielle

Désafférentation auditive	15,8 %
Désafférentation visuelle	26,7 %

Tableau n° 7 : Fréquence de désafférentation

— Handicap moteur

On retrouvait une gêne à la mobilité invalidante chez 16,8 % des patients

— Douleur chronique

Les sujets souffraient d'algies chroniques dans 16,8 % des cas.

3.1.4 Antécédents familiaux

Ont été recherchés les antécédents de troubles psychiatriques dans la famille.

Délire d'apparition tardive	1,0 %
Syndrome dépressif	7,9 %
Psychose chronique	5,0 %
Trouble bipolaire	0,0 %
Tentative d'autolyse	6,9 %
Processus démentiel	1,0 %
Autres antécédents	7,9 %

Tableau n° 8 : Fréquence de pathologies psychiatriques chez d'autres membres de la famille

Devant l'absence de données dans les dossiers médicaux, l'item « Antécédents de maladie cardio-vasculaire dans la famille » a été supprimé.

3.1.5 Facteur déclenchant éventuel

On a mis en évidence un facteur déclenchant des troubles chez 50,5 % des sujets. La répartition en fonction du type de facteur est détaillée ci-dessous :

Deuil	39,2 %
Pathologie somatique	15,6 %
Changement de mode de vie	10,0 %
Conflit	10,0 %
Séparation	7,9 %
Traumatisme	3,9 %
Retraite	2,0 %
Autres facteurs déclenchant	11,4 %

Tableau n° 9 : Répartition des types de facteurs déclenchant retrouvés

3.1.6 Motif d'hospitalisation

Le motif d'hospitalisation était centré sur le délire dans 92,1 % des cas. Les différents motifs d'hospitalisation principaux et associés sont exposés dans les deux tableaux ci-dessous :

Délire	69,3 %
Syndrome dépressif	11,9 %
Agitation/Agressivité	9,9 %
Repli/Opposition	5,0 %
Tentative d'autolyse	3,0 %
Troubles cognitifs	1,0 %

Tableau n° 10 : Répartition des motifs d'hospitalisation principaux

Agitation/Agressivité	43,0 %
Délire	27,8 %
Syndrome dépressif	16,5 %
Repli/Opposition	7,6 %
Altération de l'état général	3,8 %
Angoisse	1,3 %

Tableau n° 11 : Répartition des motifs d'hospitalisation associés

3.1.7 Description clinique

— Age de début des troubles

L'âge moyen de début des troubles est de 78,7 ans avec une amplitude allant de 60 à 96 ans. La durée moyenne d'évolution des troubles avant l'hospitalisation est de 26,4 mois avec des écarts allant d'une hospitalisation quasi immédiate après le début des troubles à une durée de 312 mois soit 26 ans avant une prise en charge.

— Evolution

L'évolution des troubles est le plus souvent insidieuse, dans 55,4 % des cas. Elle est subaigüe dans 26,7 % des cas et aigüe pour 17,8 % des patients inclus.

— Thèmes du délire

La fréquence des différents thèmes de délire est détaillée dans le tableau ci-dessous :

Persécution	91,1 %
Préjudice	39,6 %
Perte/Dévalorisation	22,8 %
Fantastique/Sorcellerie	14,9 %
Culpabilité	6,9 %
Mystique	6,9 %
Mégalomaniacque	6,9 %
Jalousie	6,9 %
Erotomaniacque	5,9 %
Hypochondriaque	5,0 %
Infestation	4,0 %
Cosmique	0,0 %
Autres thèmes	15,8 %

Tableau n° 12 : Fréquence des différents thèmes de délire

— Mécanismes du délire

La fréquence des différents types de mécanismes du délire est donnée dans le tableau numéro 13. Les hallucinations prises dans leur ensemble sont présentes chez 84,2 % des patients.

Interprétatif	82,2 %
Intuitif	66,3 %
Imaginatif	43,6 %
Hallucination auditive	67,3 %
Hallucination visuelle	57,4 %
Hallucination cénesthésique	17,8 %
Hallucination olfactive	5,9 %
Hallucination gustative	1,0 %
Illusion auditive	10,9 %
Illusion visuelle	7,9 %
Illusion cénesthésique	1,0 %
Illusion olfactive	2,0 %
Illusion gustative	0,0 %
Syndrome d'influence	5,9 %
Automatisme mental	4,0 %

Tableau n° 13 : Fréquence des différents mécanismes de délire

— Systématisation du délire

Le syndrome délirant était systématisé chez 74,3 % des sujets.

— Extension du délire

L'extension se faisait en secteur dans 80,2 % des délires contre 19,8 % en réseau.

— Adhésion au délire

81,2 % des patients présentaient une adhésion totale contre 18,8 % ayant une adhésion partielle.

— Perturbation du comportement et du fonctionnement social

En prenant en compte tous les types de troubles du comportement, 88,1 % des sujets en présentaient. La fréquence des différents troubles est détaillée à l'aide du tableau 14.

Agitation	44,6 %
Agressivité	34,7 %
Repli	33,7 %
Méfiance	27,7 %
Hostilité	18,8 %

Tableau n° 14 : Fréquence des troubles du comportement

— Symptômes dissociatifs

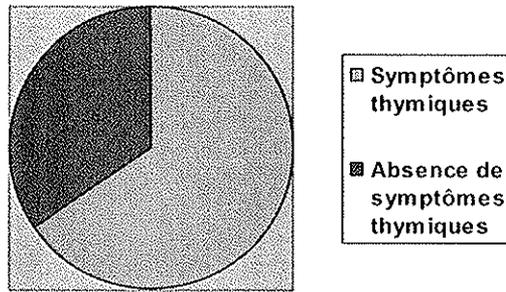
On a retrouvé des symptômes dissociatifs chez seulement 15,8 % des individus.

— Angoisse

Des symptômes anxieux étaient présents chez 40,6 % des patients inclus dans l'étude.

— Symptômes thymiques

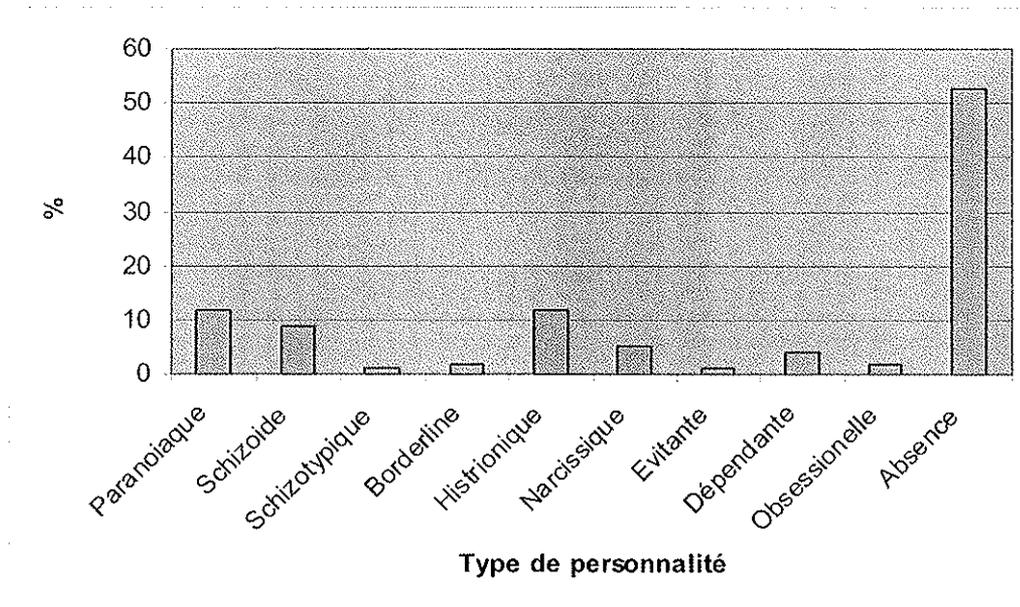
Dans 65,3 % des cas les sujets exprimaient des symptômes thymiques. On retrouvait des symptômes dépressifs dans 55,4 % des cas, maniaques dans 6,9 % et mixtes dans 3,0 %.



Graphique n° 3 : Fréquence des symptômes thymiques

— Troubles de la personnalité

47,5 % des patients présentaient un trouble de la personnalité sous-jacent. La fréquence retrouvée pour chaque type de personnalité pathologique est représentée dans le graphique numéro 4.



Graphique n° 4 : Fréquence des troubles de la personnalité par type

Les types de personnalité les plus fréquemment retrouvés sont par ordre décroissant :

- paranoïaque : 25 % des patients présentant un trouble de la personnalité
- histrionique : 25% également
- schizoïde : 18,8 %
- narcissique : 10,4 %
- dépendante : 8,3 %
- borderline : 4,2 %
- obsessionnelle : 4,2 %
- évitante et schizotypique : 2,1 % chacune

3.1.8 Diagnostic retenu

Les diagnostics posés à l'issue de l'hospitalisation sont exposés dans le quinzième tableau.

Les diagnostics CIM-10 sont illustrés par le tableau numéro 16.

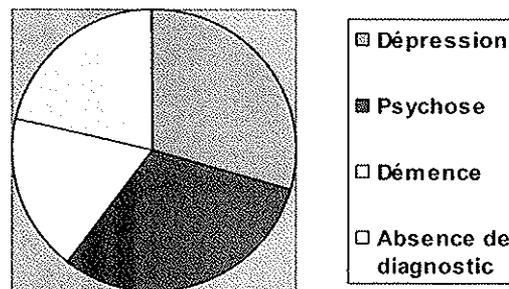
Enfin le graphique n° 5 répartit les patients en trois grandes catégories diagnostiques.

Syndrome dépressif	23,8 %
Processus démentiel	17,8 %
Psychose hallucinatoire chronique	12,9 %
Psychose sans précision	7,9 %
Schizophrénie	4,0 %
Psychose paranoïaque	4,0 %
Trouble bipolaire	3,0 %
Syndrome de Cotard	3,0 %
Syndrome d'Ekblom	1,0 %
Syndrome de Charles Bonnet	1,0 %
Absence de diagnostic formel	21,8 %

Tableau n° 15 : Fréquence des différents diagnostics retenus

F22	29,7 %
F32.3	9,9 %
F23	9,9 %
F28	5,9 %
F29	3,9 %
F33.3	3,0 %
F10	2,0 %
F06	2,0 %
Absence de diagnostic CIM	33,7 %

Tableau n° 16 : Diagnostic CIM-10 par ordre de fréquence



Graphique n° 5 : Répartition globale des patients en fonction des catégories diagnostiques

Les patients déprimés représentent 29,7 % des patients, les psychotiques 30,7 % et les déments 17,8 %. Tout de même 21,8 % des sujets restent sans diagnostic formel.

3.1.9 Imagerie

Seulement 57,4 % des patients hospitalisés pour un délire d'apparition tardive ont bénéficié d'une imagerie cérébrale. Parmi ces derniers, 93,1 % ont eu une imagerie tomodensitométrique et 6,9 % ont bénéficié d'une imagerie par résonance magnétique.

Les anomalies retrouvées sont rassemblées dans le tableau 17.

Atrophie corticale	54,4 %
Atrophie sous-corticale	33,3 %
Leuco-encéphalopathie	50,9 %
Séquelle ischémique	24,6 %

Tableau n° 17 : Fréquence des anomalies retrouvées à l'imagerie

3.2 Résultats des tests statistiques

3.2.1 Test « T » de Student

Plusieurs corrélations entre valeurs quantitatives continues et variables qualitatives ont été établies.

- Les patients présentant des hallucinations (sans prendre en considération leur type) ont un âge de début des troubles plus élevé (âge moyen de 79,5 +/- 7,9 ans) que ceux qui n'en n'ont pas (âge moyen de 75,2 +/- 8,6 ans). (p=0,046)
- Les sujets présentant des symptômes dissociatifs débutent leurs troubles plus précocement (âge moyen de 73,6 +/- 7,6 ans). L'âge moyen de début des patients non dissociés est lui de 79,4 +/- 8,0 ans. (p=0,02)
On retrouve la même tendance pour l'âge des patients lors de leur hospitalisation, avec un âge moyen des sujets dissociés de 76,9 +/- 5,0 ans alors qu'il est de 81,4 +/- 7,4 ans pour les non dissociés. (p=0,005)
- Concernant les symptômes dissociatifs, le nombre d'enfants apparaît également comme significatif (p=0,007). Les dissociés en ont 0,9 +/- 0,8 alors que les non dissociés ont en moyenne 1,6 +/- 1,4 enfants.
- Concernant les événements de vie survenus à l'âge adulte, la significativité avec le nombre d'enfants est très élevée (p=0,00). Les patients ayant vécu des événements de

vie ont une moyenne de 1,6 +/- 1,3 enfants alors que ceux n'en ayant pas rencontré en ont 0,4 +/- 0,5.

- Enfin, on retrouve une significativité entre la présence de troubles de la personnalité, l'âge du patient lors de l'hospitalisation et l'âge de début des troubles (respectivement, $p=0,003$ et $p=0,005$). Les patients ayant un trouble de la personnalité sont plus jeunes (âge moyen à l'hospitalisation de 78,4 +/- 6,6 ans et âge de début des troubles délirants de 75,9 +/- 7,5 ans). Les sujets sans trouble de la personnalité ont quant à eux un âge moyen de 82,7 +/- 7,2 ans lors de leur inclusion et de 80,8 +/- 8,2 ans lors du début de la symptomatologie.

3.2.2 Tests du Chi 2

Les résultats obtenus seront présentés en fonction d'un item donné.

3.2.2.1 Présence d'événements de vie

- On retrouve une forte corrélation entre les événements survenus pendant l'enfance et l'existence d'hallucinations (sans présager de leur type). La valeur de « p » est de 0,017.

Test du Chi 2 événement de vie enfance/hallucination

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,694(b)	1	,010		
Continuity Correction(a)	5,049	1	,025		
Likelihood Ratio	5,729	1	,017		
Fisher's Exact Test				,017	,017
Linear-by-Linear Association	6,628	1	,010		
N of Valid Cases	101				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,20.

Les patients ayant rencontré des événements de vie durant leur enfance ont une plus faible propension à présenter des hallucinations que ceux qui n'en ont pas eues.

Aucune autre corrélation n'a été mise en évidence concernant les événements de vie survenus pendant l'enfance

- Une simple tendance relie la présence d'hallucinations et les événements de vie à l'âge adulte ($p=0,062$).

Test du Chi 2 événement de vie adulte/hallucination

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,250(b)	1	,039		
Continuity Correction(a)	2,608	1	,106		
Likelihood Ratio	3,477	1	,062		
Fisher's Exact Test				,062	,062
Linear-by-Linear Association	4,208	1	,040		
N of Valid Cases	101				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,69

Les patients ayant vécu des événements durant leur vie adulte ont une tendance à présenter plus d'hallucinations.

- Il existe une tendance dans le même sens concernant les hallucinations auditives et les événements de vie à l'âge adulte ($p=0,055$). On ne retrouve par contre pas de significativité avec les autres types d'hallucinations.
- On note une forte corrélation entre l'existence de symptômes dissociatifs et les événements de vie à l'âge adulte ($p=0,033$). Les patients en ayant présenté ont moins de symptômes dissociatifs que ceux n'en ayant pas rencontré.

- Au niveau des éléments socio-démographiques, une corrélation existe entre l'existence d'événements de vie survenus à l'âge adulte et la catégorie d'âge ($p=0,01$) ainsi qu'avec le fait d'avoir été marié ($p=0,02$). Les individus ayant rencontrés des événements durant leur vie adulte sont plus fréquemment mariés ou l'ont été et sont globalement plus vieux.

On peut par contre s'étonner de l'absence de corrélation établie entre les événements de vie, les antécédents psychiatriques personnels et les troubles de la personnalité.

3.2.2.2 Présence d'un trouble de la personnalité

- L'étude a mis en évidence un lien significatif entre l'existence d'une personnalité pathologique et la présence d'hallucinations auditives et visuelles (respectivement $p=0,024$ et $p=0,001$). Il n'existait par contre pas de corrélation si on prenait en compte la présence d'hallucinations sans distinction de type.

Test du Chi 2 trouble de la personnalité/hallucination auditive

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,102(b)	1	,024		
Continuity Correction(a)	4,187	1	,041		
Likelihood Ratio	5,141	1	,023		
Fisher's Exact Test				,033	,020
Linear-by-Linear Association	5,051	1	,025		
N of Valid Cases	101				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,68.

Test du Chi 2 trouble de la personnalité/hallucination visuelle

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,911(b)	1	,001		
Continuity Correction(a)	10,561	1	,001		
Likelihood Ratio	12,137	1	,000		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	11,793	1	,001		
N of Valid Cases	101				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,44.

Pour ces deux types d'hallucinations, les patients présentant un trouble de la personnalité ont tendance à en présenter en plus faible proportion.

- On a également noté une très forte corrélation des troubles de la personnalité avec le type de pathologie sous-tendant le délire ($p=0,003$).

Test du Chi 2 trouble de la personnalité/type de pathologie

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,592(a)	2	,003
Likelihood Ratio	13,015	2	,001
Linear-by-Linear Association	9,561	1	,002
N of Valid Cases	79		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,20.

On retrouve une plus grande fréquence des troubles de la personnalité chez les patients dépressifs puis chez les psychotiques et enfin en dernier lieu chez les déments.

- Même si l'on n'a pas retrouvé de corrélation entre l'existence d'événements de vie et d'un trouble de la personnalité, on a mis en évidence un lien significatif entre le type d'événement de vie rencontré et la présence d'une personnalité pathologique. Cela se retrouvait pour le type d'événements de vie survenus pendant l'âge adulte ($p=0,034$) mais pas pour ceux survenus pendant l'enfance.

Ce sont les événements de vie dans le domaine de la contrainte qui étaient majoritairement corrélés à la présence de troubles de la personnalité. Viennent ensuite les événements de type mixte contrainte/perte puis enfin de façon bien moindre les pertes.

Plusieurs données socio-démographiques se sont montrées en lien avec l'existence d'un trouble de la personnalité.

- Tout d'abord, le sexe de manière très significative ($p=0,007$) avec une corrélation forte entre le sexe masculin et un trouble de la personnalité préexistant aux troubles délirants.
- La parentalité ($p=0,018$), avec une corrélation entre le fait d'avoir des enfants (sans présager du nombre ici) et la présence d'un trouble de la personnalité.
- Enfin, on a remarqué une simple tendance à un lien avec le mode de vie ($p=0,06$) et la catégorie d'âge ($p=0,06$). Les personnes vivant accompagnées ont une plus forte propension à présenter un trouble de la personnalité. Ceux ayant un trouble de la personnalité sont plutôt plus jeunes que ceux qui n'en ont pas.
- L'étude statistique a également retrouvé une corrélation négative entre la présence d'un trouble de la personnalité et la fréquence des thèmes délirants de sorcellerie ($p=0,021$). Les patients sans troubles de la personnalité expriment plus fréquemment des thèmes de sorcellerie dans leur délire.

A noter qu'il est également ici étonnant, de ne pas retrouver de corrélation entre les troubles de la personnalité et les événements de vie.

3.2.2.3 Présence d'hallucinations

Nous ne reviendrons pas ici sur les corrélations déjà citées entre les hallucinations, les événements de vie et les troubles de la personnalité.

- En dehors de ces données, on a pu mettre en évidence une corrélation positive entre la présence d'hallucinations et l'existence de troubles du comportement ($p=0,009$). En considérant les types particuliers de troubles du comportement, seule l'agitation présente une corrélation positive avec les hallucinations ($p=0,02$).
- Concernant les désafférentations sensorielles, seule une tendance a pu être établie entre l'existence d'hallucinations auditives et d'une désafférentation auditive ($p=0,06$). Aucune significativité n'était retrouvée concernant les autres types d'hallucinations avec la désafférentation auditive ou visuelle.

En prenant en compte un type d'hallucinations particulier, d'autres corrélations ont pu être établies.

- Ainsi, on a retrouvé une relation significative entre la présence d'hallucinations visuelles et le sexe ($p=0,001$). Les femmes présentent une plus grande prépondérance à en présenter.
- S'agissant des hallucinations visuelles, ont également été mise en évidence des corrélations avec le niveau d'études ($p=0,045$) ainsi qu'avec l'existence d'un handicap moteur ($p=0,005$). Les patients présentant un bas niveau d'études développent plus fréquemment des hallucinations visuelles. Il en est de même de ceux présentant un handicap limitant leur mobilité.
- En considérant la présence d'hallucinations auditives, une corrélation négative a été établie avec l'existence d'antécédents psychiatriques sans prendre en compte leur nature ($p=0,001$). Les patients ayant présenté auparavant des troubles psychiques, sont moins sujets aux hallucinations auditives. On retrouve cette significativité lorsque l'on

prend en compte les antécédents de dépression seuls ($p=0,001$) et la catégorie d'antécédents classés « autres » ($p=0,026$).

- On a retrouvé également une corrélation entre les hallucinations auditives et la catégorie d'âge ($p=0,045$). Les patients les plus âgés ont une plus forte propension à développer des hallucinations auditives.
- Enfin les thèmes délirant de culpabilité sont corrélés négativement à la présence d'hallucinations auditives ($p=0,036$).

A noter, l'absence de lien significatif entre la présence d'hallucinations et le type de pathologie.

3.2.2.4 Présence de symptômes thymiques

- L'analyse statistique a permis de mettre en évidence plusieurs corrélations avec cet item et en tout premier lieu avec le type de pathologie. La significativité est élevée ($p=0,001$), montrant un lien fort entre l'existence de symptômes thymiques dans les dépressions mais également dans le cadre des démences. En dernier lieu viennent les psychoses.
- On retrouve également une forte corrélation positive entre l'existence de symptômes thymiques et l'existence d'une angoisse ($p=0,002$).
- Enfin notons une simple tendance reliant les symptômes thymiques et la présence d'un facteur déclenchant des troubles ($p=0,07$). Les patients ayant débuté leurs troubles en réaction à un facteur déclenchant auraient tendance à avoir des symptômes thymiques.

Pour finir, remarquons l'absence de corrélation statistiquement significative avec l'existence d'événements de vie, l'isolement relationnel, la désafférentation ou encore les antécédents psychiatriques personnels, en particulier dans le champ de la dépression.

3.2.2.5 Présence de symptômes dissociatifs

- Il existe une corrélation entre la dissociation et la situation maritale ($p=0,04$). Les sujets dissociés n'ont le plus fréquemment jamais été mariés.

On ne note pas d'autres facteurs socio-démographiques corrélés à la dissociation.

- Au niveau clinique, le repli est très fortement corrélé positivement avec la dissociation ($p=0,008$). Les autres troubles du comportement n'ont pas de lien significatif.
- Au niveau de la clinique du délire en lui-même, seule la systématisation est en relation avec la dissociation ($p=0,026$). Les patients dissociés présentent plus des délires non systématisés.
- Enfin, nous notons une tendance à une corrélation entre les symptômes dissociatifs et la dyslipidémie ($p=0,06$). Les patients présentant une dyslipidémie auraient une tendance à présenter moins fréquemment une dissociation. Les autres facteurs de risque cardio-vasculaire ne sont pas significativement corrélés.

3.2.2.6 Présence d'angoisse

- Une corrélation avec la présence d'un entourage a été mise en évidence ($p=0,03$). Les individus ne bénéficiant pas d'un entourage autour d'eux présenteraient moins d'angoisse.
- Cliniquement, l'angoisse a une corrélation positive avec la présence d'hallucinations cénesthésiques ($p=0,003$), d'une extension en réseau ($p=0,04$) et d'une agitation ($p=0,019$).

On ne retrouve pas de lien statistiquement significatif pour les autres types d'hallucinations ou de mécanismes et pour les autres troubles du comportement.

- Concernant les thèmes de délire un lien positif existe entre l'angoisse et les thèmes de perte/dévalorisation ($p=0,00$) et de culpabilité ($P=0,017$).
- Enfin, il existe une relation entre l'angoisse et l'antécédent d'accident vasculaire cérébral ($p=0,047$). Les patients ayant présenté un AVC ont une plus forte propension à être angoissés.

3.2.3 Test du Chi 2 appliqué à des sous-populations

Comme nous venons de le voir dans le chapitre précédant, peu de corrélations significatives ont été mises en évidence en prenant en compte la population générale de l'étude, en particulier peu d'items socio-démographiques et concernant les antécédents ont pu être mis en relation avec la clinique du délire.

Nous avons donc effectué de nouveaux tests de contingence en les appliquant à des sous-populations de l'enquête définies à partir d'un item donné. Par exemple, à partir de l'item présence d'hallucinations on a séparé les patients de l'étude entre ceux ayant des hallucinations et ceux n'en ayant pas.

En appliquant de nouveau le test du Chi 2 sur ces groupes plus spécifiques, nous espérons mettre en évidence de nouvelles corrélations.

Ces nouvelles données seront exposées en fonction des sous-populations définies.

3.2.3.1 Population présence/absence d'hallucinations

A partir des deux populations définies par la présence ou l'absence d'hallucinations, plusieurs corrélations ont été établies impliquant toutes les symptômes dissociatifs chez les patients présentant des hallucinations.

- On a ainsi constaté que chez les sujets hallucinés, ceux présentant des symptômes dissociatifs vivaient plutôt seuls ($p=0,044$) et avaient une tendance à présenter un trouble de la personnalité ($p=0,05$).

3.2.3.2 Population présence/absence de symptômes thymiques

- La seule corrélation révélée par cette partition a déjà été retrouvée dans la précédente mais avec une force plus importante ici ($p=0,04$). Chez les patients sans symptômes thymiques, ceux présentant des symptômes dissociatifs ont plus majoritairement un trouble de la personnalité sous-jacent.
- Pour éviter trop de redondance, notons que le même lien est retrouvé chez les patients n'ayant pas présenté d'événements de vie à l'âge adulte ($p=0,048$).

3.2.3.3 Population présence/absence de symptômes dissociatifs

- On a pu mettre en évidence chez les sujets sans symptômes dissociatifs une corrélation entre l'existence d'algies chroniques et d'hallucinations ($p=0,021$). Chez ces patients, ceux souffrant de douleurs chroniques, présentent moins d'hallucinations que ceux qui n'en souffrent pas.

3.2.3.4 Population présence/absence d'événements de vie à l'âge adulte

Plusieurs corrélations ont été révélées par ce partage de la cohorte à partir des événements de vie à l'âge adulte. Nous les verrons successivement en séparant les deux sous-populations ainsi constituées.

- En considérant les patients ayant présenté des événements de vie durant leur vie adulte, on a pu mettre en évidence un lien significatif entre l'existence d'événements de vie durant l'enfance et les hallucinations ($p=0,021$). Les individus ayant vécu des événements de vie durant l'enfance et durant l'âge adulte ont une propension moindre à présenter des hallucinations que ceux qui ont présenté des événements de vie à l'âge adulte mais pas pendant l'enfance.
- Concernant les patients n'ayant pas présenté d'événements de vie à l'âge adulte, on a retrouvé plusieurs corrélations impliquant toutes la présence de symptômes thymiques. Les sujets exprimant des symptômes thymiques sont plus souvent mariés ($p=0,048$),

vivent plus fréquemment accompagnés ($p=0,048$) et ont plus souvent des antécédents de dépression ($p=0,048$).

3.2.3.5 Population présence/absence d'un trouble de la personnalité

De nombreuses corrélations ont été établies en considérant séparément la population présentant un trouble de la personnalité et celle qui n'en présente pas.

Nous analyserons les résultats de chacune de ces deux populations dans cet ordre.

- Chez les sujets présentant une personnalité pathologique, on a constaté une relation significative entre la désafférentation auditive et les hallucinations ($p=0,027$). Ceux souffrant d'une gêne auditive ont tendance à moins halluciner.
- On a également mis en évidence chez eux, une corrélation entre les douleurs chroniques et l'existence de symptômes thymiques ($p=0,04$). Lorsqu'ils souffrent d'algies chroniques, les sujets atteints d'un trouble de la personnalité ont tendance à présenter moins de symptômes thymiques que ceux n'ayant pas de douleurs.
- Enfin chez les patients présentant une personnalité pathologique, on a constaté plusieurs corrélations entre les symptômes dissociatifs et respectivement le mode de vie ($p=0,033$), la situation maritale ($p=0,012$) et les événements de vie à l'âge adulte ($p=0,007$). Lorsqu'ils présentent des symptômes dissociatifs, les patients ayant un trouble de la personnalité ont le plus souvent jamais été mariés, habitent plutôt seuls et n'ont le plus fréquemment pas vécu d'événements à l'âge adulte.
- Chez les sujets ne présentant pas de trouble de la personnalité, on retrouve les corrélations entre la présence d'hallucinations et les événements de vie de l'enfance ($p=0,012$) et entre la présence d'hallucinations et les événements de vie de l'âge adulte ($p=0,054$). Ces deux corrélations avaient déjà été mises en évidence dans la cohorte entière avec les mêmes liens (ceux ayant eu des événements de vie durant l'enfance ont moins d'hallucinations et ceux ayant présenté des événements de vie à l'âge adulte en ont plus). On ne retrouve en revanche pas cette corrélation chez les sujets présentant un trouble de la personnalité.

- On note également chez les patients sans trouble de la personnalité, une plus grande fréquence des délires non systématisés et s'étendant en réseau lorsqu'ils présentent des symptômes dissociatifs. La corrélation est significative entre la dissociation et la systématisation ($p=0,007$) et entre la dissociation et l'extension ($p=0,013$).
- Pour finir, une relation significative a été constatée entre les événements survenus durant l'enfance et les symptômes thymiques chez ces patients sans personnalité pathologique ($p=0,047$). Les individus ayant vécu des événements durant l'enfance développent proportionnellement moins de symptômes thymiques que ceux qui n'en ont pas rencontrés.

3.2.4 Régression logistique

Cet outil statistique permet de chercher parmi plusieurs variables, celles qui influencent le plus une variable dépendante donnée. Elle permet en plus de pondérer l'influence de ces différentes variables. Les résultats seront donnés en fonction de la variable dépendante choisie.

3.2.4.1 Présence/absence d'hallucinations

L'outil statistique n'a retenu que deux variables significatives en ce qui concerne l'existence d'hallucinations. La première est l'existence de douleurs chroniques. Cette donnée permet à elle seule de déterminer la présence ou non d'hallucinations avec 79,5 % de chance.

La deuxième donnée significative est la catégorie d'âge. Elle n'améliore pas la probabilité de présenter des hallucinations, qui reste à 79,5 %.

Notons que les sujets ayant des douleurs chroniques ont moins fréquemment d'hallucinations que ceux qui n'en ont pas. Les sujets hallucinés sont plutôt plus âgés que ceux qui ne le sont pas.

Régression logistique Hallucination (20 %)

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step	DOULEUR	-2,120	,856	6,130	1	,013	,120
1(a)	Constant	1,609	,447	12,951	1	,000	5,000
Step	DOULEUR	-2,688	1,023	6,908	1	,009	,068
2(b)	CATEGORIEAGE	2,073	,922	5,056	1	,025	7,949
	Constant	-1,591	1,371	1,345	1	,246	,204

a Variable(s) entered on step 1: DOULEUR.

b Variable(s) entered on step 2: CATEGORIEAGE.

Devant les résultats étonnants obtenus avec un indice de significativité habituel de 20 %, nous avons effectué une nouvelle régression logistique en prenant les données ayant une significativité inférieure ou égale à 10 %.

L'analyse a retrouvé deux variables significatives différentes du premier test. La première est l'existence d'événements de vie durant l'enfance et permet de déterminer la présence d'hallucinations avec une probabilité de 81,2 %. La deuxième est l'existence d'événements de vie à l'âge adulte qui permet d'améliorer la probabilité à 82,2 %.

Pour rappel, les sujets ayant vécu des événements durant l'enfance ont une propension amoindrie de présenter des hallucinations et ceux en ayant rencontrés à l'âge adulte ont au contraire une plus forte disposition à halluciner.

Régression logistique Hallucination (10 %)

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step	EVENENFANCE	-1,435	,583	6,056	1	,014	,238
1(a)	Constant	1,792	,312	33,021	1	,000	6,000
Step	EVENENFANCE	-1,588	,607	6,844	1	,009	,204
2(b)	EVENADULTE	1,648	,764	4,653	1	,031	5,197
	Constant	,389	,691	,317	1	,574	1,475

a Variable(s) entered on step 1: EVENENFANCE.

b Variable(s) entered on step 2: EVENADULTE.

3.2.4.2 Présence/absence de symptômes thymiques

La régression logistique n'a pas retrouvé de données significatives pour cet item.

3.2.4.3 Présence/absence de symptômes dissociatifs

Il a été mis en évidence que c'était la présence d'événements de vie à l'âge adulte qui avait le plus de poids dans la probabilité de présenter des symptômes dissociatifs. Secondairement, c'est le mode de vie qui a le plus d'influence sur ce type de symptômes. On peut avec la première donnée déterminer avec 83,7 % de chance l'existence ou non de symptômes dissociatifs. Cette probabilité reste inchangée avec la deuxième donnée.

Les patients ayant vécu des événements de vie durant leur vie adulte présentent proportionnellement moins souvent des symptômes dissociatifs que ceux qui n'en n'ont pas vécu. On retrouve plus souvent chez les sujets vivant seuls, des symptômes dissociatifs que chez ceux vivant accompagnés.

Régression logistique Dissociation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1(a) EVENADULTE	-1,518	,825	3,386	1	,066	,219
Step 1(a) Constant	-,288	,764	,142	1	,706	,750
Step 2(b) MODEVIE	-1,331	,704	3,572	1	,059	,264
Step 2(b) EVENADULTE	-2,029	,927	4,788	1	,029	,131
Step 2(b) Constant	,654	,943	,480	1	,488	1,923

a Variable(s) entered on step 1: EVENADULTE.

b Variable(s) entered on step 2: MODEVIE.

3.2.4.4 Présence/absence d'angoisse

Trois types de données ont été retrouvés comme significatives dans la détermination de la présence d'angoisse. En premier lieu, l'existence de symptômes thymiques puis la catégorie d'âge et enfin la présence d'un entourage relationnel.

La donnée «symptômes thymiques» permet de prédire l'existence d'angoisse avec une probabilité de 59,7 %. Associée à la catégorie d'âge, cette probabilité augmente à 66,2 % puis à 71,4 % si l'on détermine l'existence d'un entourage.

L'existence de symptômes thymiques s'accompagne d'une plus forte propension à présenter de l'angoisse. Les patients les plus jeunes souffrent plus fréquemment d'angoisse comme ceux présentant un entourage relationnel.

Régression logistique Angoisse

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step	THYMIE	1,518	,617	6,062	1	,014	4,565
1(a)	Constant	-1,447	,556	6,779	1	,009	,235
Step	THYMIE	1,920	,699	7,533	1	,006	6,820
2(b)	CATEGORIEAGE	-1,662	,639	6,758	1	,009	,190
	Constant	1,131	1,090	1,077	1	,299	3,100
Step	THYMIE	2,019	,731	7,627	1	,006	7,530
3(c)	ENTOURAGE	1,226	,558	4,830	1	,028	3,407
	CATEGORIEAGE	-1,985	,685	8,394	1	,004	,137
	Constant	,944	1,120	,711	1	,399	2,571

a Variable(s) entered on step 1: THYMIE.

b Variable(s) entered on step 2: CATEGORIEAGE.

c Variable(s) entered on step 3: ENTOURAGE.

4. DISCUSSION

4.1 Difficultés rencontrées lors du recueil des données et limites de l'étude

Le principal problème rencontré dans cette étude a été de trouver les patients correspondants aux critères d'inclusion. Il est rapidement apparu que les deux approches de prospection des dossiers (fiche d'admission et cotation PMSI) étaient obligatoires dans un souci d'exhaustivité.

En effet l'une comme l'autre présentent des biais importants pour l'identification des patients présentant un « délire d'apparition tardive » selon les critères d'inclusion choisis.

Les fiches d'admission se sont révélées le vecteur le moins fiable avec 33 inclusions seulement pour 135 dossiers examinés, soit 24,4 % d'inclus. Il est apparu que dans la grande majorité des cas les patients annoncés comme délirants présentaient une confusion mentale (33,3 % des exclusions), une démence évoluée connue (dans 27,4 % des cas), une psychose chronique ancienne (18,6 %) ou une épilepsie (1 %). Chez 19,6 % des exclus, on ne retrouvait pas de symptomatologie délirante mais plutôt des tableaux névrotiques vieillissés mal caractérisés.

Il paraît assez logique que cette approche se soit révélée aussi peu fiable du fait de sa nature même. Ces fiches constituent un recueil rapide de multiples informations cliniques mais aussi socio-démographiques et administratives, dans le but d'évaluer la nécessité d'une hospitalisation spécialisée et de la préparer en cas d'admission. Les données sont le plus souvent fournies par un médecin généraliste appelé dans un contexte d'urgence et n'ayant pas forcément le recul nécessaire pour une évaluation plus fine.

La forte proportion de patients confus et déments étiquetés comme délirants est en tous les cas symptomatique du manque de spécificité accordé au terme de « délire » chez beaucoup de médecins en pratique courante. Cela est d'autant plus dommageable que le délire est le plus souvent associé, dans les esprits, à la psychose avec les conséquences que cela peut avoir en termes de thérapeutique et de prise en charge.

La cotation PMSI s'est avérée beaucoup plus performante avec 68 patients inclus sur 189 dossiers retenus, soit 35,9 % d'inclusion. Les causes retrouvées d'exclusion étaient sensiblement les mêmes que dans le cas des fiches d'admission mais dans des proportions différentes : 36,3 % des patients exclus présentaient une psychose chronique connue, 24,8 % une démence diagnostiquée, 20,5 % une confusion mentale, 15,7 % ne présentaient pas de délire, 0,8 % présentaient une épilepsie, 0,8 % une tumeur cérébrale et 0,8 % avaient moins de 60 ans.

Même si la proportion d'inclusion est plus importante que pour les fiches d'admission, nous pouvons nous interroger sur la véracité de ces cotations PMSI qui sont elles, remplies par les médecins s'occupant des patients au sein d'unités spécialisées. Les exclusions restent largement majoritaires avec des cotations manifestement erronées, en particulier dans le cas

de sujets confus ou déments. Cela renvoie en partie à l'inadéquation des classifications catégorielles internationales pour évaluer en pratique clinique les patients âgés présentant une symptomatologie délirante. Il révèle également les difficultés diagnostiques en psychogériatrie. En tout cas, cela pointe les limites de l'utilisation de telles classifications.

Les limites de cette étude sont principalement liées à son caractère rétrospectif. En effet, les dossiers d'hospitalisation étaient plus ou moins complets selon les cas. L'absence de données était assez peu patente concernant les données socio-démographiques et cliniques mais l'était beaucoup plus concernant les données biographiques et les traits de personnalité. Concernant ces deux types de données, c'est le plus souvent l'absence d'éléments dans le dossier qui conduisait par défaut à préjuger de leur inexistence. Par ailleurs certains items ont pu être renseignés que grâce à des données uniques et assez parcellaires, rapportées par un seul soignant. Cela fragilise bien sûr les résultats mais peut être compensé par la cohorte relativement importante de patients.

4.2 A propos des données descriptives

Pour plus de commodité, nous étudierons ces résultats en reprenant le découpage du questionnaire ayant servi au recueil.

4.2.1 Caractéristiques générales

Nous retrouvons dans notre étude les principales caractéristiques socio-démographiques décrites dans la littérature chez les patients présentant des troubles délirants d'apparition tardive.

- L'âge moyen des patients lors de leur hospitalisation était de 80,7 ans ce qui peut paraître assez élevé. Une étude sur le même type de pathologie, effectuée dans le même centre hospitalier en 1992, retrouvait un âge moyen de 77ans (64). On considère plus souvent dans les travaux internationaux l'âge de début des troubles avec des moyennes allant de 70 à 75 ans (12). Nous obtenons dans le cas présent un âge moyen

de début de 78,7 ans ce qui reste plus élevé que les données de la littérature. Cela peut être expliqué en partie par la population recrutée par le centre Jean-Marie Léger qui en règle générale n'admet pas de patients âgés de moins de 65 ans. Dans nos critères d'inclusion, l'âge minimum était fixé à 60 ans afin de concorder avec les travaux internationaux qui fixent le plus souvent cette limite, pour coïncider avec la nouvelle nosographie de délire schizophréniforme d'apparition très tardive. Il arrive cependant que des patients âgés de 60 à 65 ans soient admis au centre J-M Léger comme le prouve notre recrutement avec un âge minimum à l'admission de 63 ans. Cela reste cependant, il faut l'admettre assez rare. Par ailleurs la plupart des études s'intéressent plus précisément aux psychoses d'apparition tardive et fixent des âges d'inclusion beaucoup plus précoces (5).

- Nous avons vu qu'il existait un écart entre l'âge de début des troubles et l'âge lors de l'hospitalisation ce qui suppose un temps d'évolution des troubles sans que le patient soit pris en charge. Ce temps est en moyenne de 26 mois dans notre étude avec des écarts très importants allant de quelques heures dans des formes aiguës à 26 ans dans une forme manifestement très insidieuse. L'écart type est de 47 mois, ce qui traduit la diversité des formes cliniques mais aussi de l'entourage relationnel. En tous les cas, cette durée élevée suppose un relativement bon fonctionnement social malgré l'existence de troubles délirants traduisant l'évolution le plus souvent insidieuse de ce type de troubles.
- La prédominance féminine largement décrite, est respectée avec un sex ratio d'à peu près un homme pour quatre femmes. Les femmes représentent un peu plus de 78 % du recrutement ce qui correspond aux données récentes dans ce type de pathologie (10) (12) (39). L'étude de Morgant sur le même établissement de soin, retrouvait un sexe ratio identique (64). De nombreuses hypothèses ont cherché à expliquer cette prépondérance féminine sans apporter de réponse véritable. La seule donnée concrète reprise par la plupart des auteurs est l'effet anti-dopaminergique des œstrogènes qui constituerait une protection neuroleptique-like durant la vie adulte (14). Cela expliquerait en partie l'exacerbation de la pathologie délirante et psychotique à partir de la cinquième décennie chez la femme. Aucune donnée de notre enquête n'est contributive pour expliquer cette inégalité sexuelle.

- Concernant la situation maritale, nous observons dans notre étude une fréquence moindre du célibat comparativement aux études récentes. En effet, seul 14 % des sujets inclus étaient célibataires contre des valeurs allant de 25 à 35 % dans les travaux récents (13) (39). Cet écart est là aussi probablement lié au caractère transversal de notre étude, qui prend en compte toutes les étiologies de délire tardif. La plupart des données de la littérature concerne de manière sélective les psychoses de début tardif sans prendre en compte les autres causes de troubles délirants d'apparition tardive. Les causes psychotiques de délire représentant approximativement un tiers des patients inclus, nous retrouvons à peu près les valeurs de la littérature. Ce chiffre reste cependant élevé par rapport à la population générale. Les sujets mariés représentent 22 % de la population, les divorcés 10 % et les veufs 54 %. La proportion du veuvage est très importante. Elle rend compte de l'âge avancé des patients mais également de la fragilisation que représente la perte de son conjoint, renforcée ensuite par l'isolement affectif. La perte constitue en elle-même un facteur déclenchant fréquent de troubles délirants tardifs. Le veuvage va lui renforcer l'isolement socio-affectif favorisant l'émergence de troubles.
- Conformément à la littérature, on retrouve une faible fécondité chez ces patients avec une moyenne de 1,5 enfant/personne et une proportion très importante de patients n'ayant jamais eu d'enfants : 28 % des cas (13). Morgant retrouvait 33 % de patients sans enfant (64). Cette donnée rentre elle aussi dans le champ de l'isolement socio-affectif retrouvé particulièrement fréquemment chez les patients développant des troubles délirants tardifs.
- Dans le même registre de l'isolement, nous avons retrouvé que 57 % des patients vivaient seuls et que seule la moitié d'entre eux bénéficiait d'un entourage permettant un investissement relationnel étayant. Le sens de cet isolement socio-affectif reste débattu avec d'un côté ceux qui y voient un facteur de risque de troubles délirants tardifs et d'un autre côté ceux qui n'y voient qu'une conséquence d'un trouble de la personnalité sous-jacent, lui-même responsable du trouble.

- On a également retrouvé que seule la moitié des patients conservait des activités occupationnelles et de loisirs. Cette donnée renvoie au désinvestissement important accompagnant l'avancée en âge. Cette incapacité à s'occuper associée à l'isolement va considérablement fragiliser un sujet déjà déstabilisé narcissiquement par le vieillissement et les pertes qui s'y rattachent. Cette perte d'activités constitue un facteur de risque de développer des troubles psychiques. Elle apparait également comme le stigmate d'une difficulté à s'adapter au vieillissement.
- Les troubles délirants d'apparition tardive sont plus fréquemment retrouvés chez des sujets ayant un bas niveau socio-culturel. Cette donnée se retrouve dans notre étude avec un niveau certificat d'études ou inférieur chez 84 % des sujets. Seulement 8 % ont fait des études supérieures et 16 % sont titulaires du baccalauréat. Par contre 37 % ont arrêté leur scolarité avant le certificat d'études. Dans son étude quasi similaire à la nôtre, Morgant trouvait un niveau d'études beaucoup plus bas puisque 75 % n'avaient pas obtenu leur certificat d'études (64). Ce manque de support intellectuel rend probablement plus difficile l'adaptation à la sénescence. La perte d'aptitude physique limite au fur-et-à-mesure les activités manuelles et il est difficile d'investir des activités intellectuelles chez des sujets peu habitués à ce type d'occupation. L'inactivité va alors rendre plus prégnantes les pertes liées au vieillissement avec faillite narcissique et risque de souffrance dépressive.

4.2.2 Événements de vie

Nous tenons à insister en préambule de ce chapitre sur la difficulté de recueillir les données concernant les événements de vie des patients. Les dossiers d'hospitalisation ne contiennent effectivement pas de « rubrique » s'intéressant à ce type de données pourtant fondamentales dans le champ des troubles psychiques. Il a alors été très difficile de retrouver ces informations et bien souvent c'est leur absence du dossier médical qui a conduit à considérer que le sujet n'avait pas rencontré d'événements au cours de leur enfance et/ou de leur vie adulte. Ce manque d'informations est apparu particulièrement criant concernant les événements de l'enfance. Ces derniers sont le plus souvent omis par les patients eux-mêmes du fait de l'éloignement temporel avec ces événements. Les soignants les occultent souvent

également, privilégiant les événements plus récents pouvant avoir participé à déclencher les troubles délirants.

- Malgré ces limites, nous avons mis en évidence l'existence d'événements de vie durant l'enfance chez 17 % des patients et pendant l'âge adulte chez 91 % d'entre eux. Seuls 8 patients sur 101 n'ont jamais présenté d'événements de vie. Il apparaît donc que les patients développant des troubles délirants débutants tardivement ont très largement vécu des événements durant leur vie. Ce chiffre est peut-être à tempérer étant donné que nous ne connaissons pas la « charge » affective que le sujet associe à ces événements. Cela implique le développement d'une fragilité psychique certaine. Cette dernière va participer à décompenser l'équilibre psychique de ces patients dans une période particulièrement critique de leur vie que constitue la vieillesse. Les différents investissements affectifs, relationnels, professionnels et occupationnels durant la vie adulte ont pu permettre le maintien d'une certaine stabilité psychique avant l'entrée dans la sénescence. Les mécanismes de défense mis en place face à ces événements, ont pu dans certains cas constituer un véritable trouble de la personnalité. Au fur-et-à-mesure de l'avancée en âge, le sujet se retrouve confronté à de nombreux événements déstabilisants, souvent dans le registre des pertes. Cette période s'accompagne également d'une perte d'investissement et fréquemment d'un isolement socio-affectif alors que le vieillissement est vécu en lui-même comme une blessure narcissique, le sujet devant se détacher d'une certaine image de lui-même. Il est facilement concevable que dans une période aussi critique au niveau adaptatif, les personnes fragilisées antérieurement par des événements de vie passés soient beaucoup plus enclins à décompenser psychiquement.

Il est difficile de comparer les données retrouvées dans notre étude avec d'autres du fait de la rareté des travaux sur le sujet. L'étude effectuée par Morgant sur le même site en 1992, avait mise en évidence un « passé douloureux » chez 50 % des patients (64). De nombreux auteurs ont cependant mentionné l'importance des événements de vie pré morbides et leur rôle prépondérant dans l'apparition de troubles délirants de survenue tardive (18). La forte prévalence des événements de vie dans notre population de patients vient en tous les cas corroborer ce rôle primordial.

Nous allons maintenant nous intéresser aux types d'événements de vie retrouvés.

- Concernant les événements de vie de l'enfance, on trouve une majorité d'événements de l'ordre de la contrainte (47 % des cas) puis viennent les événements mixtes contrainte/perte (29 %) et enfin les pertes (24 %). Les natures mêmes des événements retrouvés sont assez diverses : violences parentales, carences affectives, privations/précarité, maladie somatique, divorce des parents, placement en foyer ou en famille d'accueil, décès d'un ou des parents, décès dans la fratrie, violence de la guerre...
- Les événements vécus à l'âge adulte sont quant à eux majoritairement dans le registre de la perte (40 %) puis de la contrainte/perte (39 %) et enfin de la contrainte pour seulement 21 % d'entre eux. On a donc une répartition pratiquement opposée par rapport aux types d'événements de l'enfance. Les événements de l'âge adulte sont extrêmement variés avec une forte présence des décès de proches (mari/fratrie/enfants...) expliquant la prédominance des pertes dans la typologie des événements. Nous notons également la fréquence des événements de guerre (décès parents, exécution, emprisonnement, déportation), des divorces, des problèmes de santé personnels ou de proches, des traumatismes, des conjugopathies, des violences conjugales, des problèmes d'adultère, des conflits familiaux, des problèmes socio-économiques et enfin de problèmes liés aux enfants (handicap, problème de santé, problème judiciaire...). Plusieurs auteurs ont mentionné la fréquence des délires d'apparition tardive dans la population immigrée (13) (22). Seuls deux patients étaient concernés par le problème du déracinement culturel (une patiente d'origine cambodgienne et une patiente espagnole) mais toutes deux évoquaient les difficultés d'adaptation vécues comme une contrainte.

4.2.3 Antécédents personnels et familiaux

- Concernant les antécédents psychiatriques personnels, notons la grande fréquence des épisodes dépressifs puisque 40 % des patients inclus en ont présentés au cours de leur vie. Les autres types d'antécédents sont moins retrouvés : tentative d'autolyse chez 7 % des patients, trouble anxieux chez seulement 1 % et autres troubles dans 13 % des

cas, cette catégorie regroupe principalement des problèmes d'alcoolodépendance et des troubles des conduites dans une dynamique névrotique. On retrouve un suivi psychiatrique par le passé chez tout de même 9 % des patients. L'importance des antécédents personnels dans notre population renvoie à une certaine fragilité psychique ancienne qui va sous-tendre la décompensation délirante. C'est la pathologie thymique qui est majoritairement retrouvée ce qui s'accorde bien avec la dynamique dépressive souvent retrouvée au cœur des troubles délirants d'apparition tardive. Le délire ayant alors une fonction contra-dépressive.

- En comparaison, on a mis en évidence beaucoup moins d'antécédents psychiatriques dans la famille. La dépression reste la pathologie la plus retrouvée (8 % des cas), suivie des psychoses chroniques (5 %) et enfin des démences (1 %). L'existence de troubles délirants d'apparition tardive dans la famille est retrouvée dans 1 % des cas. On retrouve des antécédents de tentative d'autolyse dans la famille chez 7 % des sujets, ce qui paraît relativement élevé. Classiquement, on retrouve peu d'antécédents dans la famille des patients délirants tardifs, mise à part dans le cas des dépressions délirantes où les antécédents thymiques sont fréquents (5) (30) (39). Cela explique la fréquence relative de dépression et de geste suicidaire dans la famille de nos patients.
- Les données concernant les facteurs de risque et les maladies cardio-vasculaires sont assez hétérogènes dans la littérature. Les anomalies fréquemment retrouvées à l'imagerie laissent pourtant entrevoir leur rôle possible dans la genèse des troubles délirants apparaissant tardivement. Dans notre étude, nous avons retrouvé une hypertension artérielle chez plus de 46 % des patients ce qui correspond à peu près à la prévalence normale chez des patients de plus de 60 ans (65). On a par contre retrouvé une forte proportion du diabète (18 % des cas) et de dyslipidémies (17 %). Peu d'études se sont intéressées aux facteurs de risque cardio-vasculaires et elles n'ont en général pas retrouvé de significativité. L'âge élevé de notre population explique peut être la grande fréquence du diabète, des dyslipidémies et de l'hypertension artérielle dans une moindre mesure. Il est difficile de trouver des chiffres de prévalence de ces facteurs de risque chez les sujets âgés. Il paraît cependant logique que leur prévalence augmente avec l'âge, comme cela a pu être constaté pour le diabète (66). Il semble par ailleurs tout à fait envisageable que l'athérosclérose joue un rôle dans le

développement de troubles délirants tardifs. En effet, une atteinte athéromateuse de la microcirculation cérébrale fragilise l'encéphale et donc le fonctionnement psychique pouvant alors dans une certaine mesure favoriser la survenue de troubles. Les résultats concernant la surcharge pondérale et le tabagisme ne sont pas exploitables étant dans une très large proportion non renseignés dans les dossiers d'hospitalisation et donc par conséquent sous évalués.

S'agissant des maladies cardio-vasculaires, on a mis en évidence une cardiopathie ischémique chez 15 % des patients, un antécédent d'accident vasculaire cérébral chez 11 % et une artériopathie oblitérante des membres inférieurs chez 4 %. Ces chiffres traduisent une incidence importante de ces pathologies en comparaison à l'incidence en population générale (de l'ordre de 3,9 % pour les maladies coronaires et de 6/1000 pour les accidents vasculaires cérébraux). Cela reflète là également l'âge avancé des patients mais peut-être aussi l'éventualité d'un risque supérieur de développer des troubles délirants tardifs chez les patients vasculaires. Cette hypothèse est largement retrouvée dans la littérature, surtout du fait de la fréquence de la leuco-encéphalopathie péri-ventriculaire d'origine vasculaire, souvent présente à l'imagerie cérébrale de ces patients (24). Les mécanismes d'action restent eux à déterminer.

- La désafférentation sensorielle apparaît de manière de plus en plus prégnante avec l'avancée en âge. Elle est depuis longtemps considérée comme un facteur de risque de premier plan de développer un trouble délirant tardif par le biais de l'isolement relationnel qu'elle induit. De nombreuses études ont pointé la très grande fréquence de la désafférentation auditive et visuelle dans ce type de pathologie. Notre étude n'a retrouvé que peu de patients atteints d'une perte d'acuité auditive. Elle n'est retrouvée que dans 16 % des cas alors que les études mentionnent des valeurs allant de 25 à 40 % (12) (15). La désafférentation visuelle est même retrouvée de manière plus importante, puisque présente chez 27 % des patients. Cette valeur correspond à la moyenne des données classiques (39). Ces deux chiffres sont très probablement sous-estimés car non recherchés de manière systématique dans les dossiers d'admission. C'est l'absence d'éléments mentionnant une désafférentation qui conduisait à présumer de son inexistence. Le caractère pathogène de cette perte d'acuité sensorielle est multiple. D'abord par l'isolement qui en résulte du fait du problème relationnel et communicationnel que pose la désafférentation. Ensuite par la baisse de la perception

en elle-même, pourvoyeuse d'erreurs qui vont être secondairement mal interprétées et qui vont enrichir petit à petit un vécu délirant. Egalement de par son caractère dépressiogène, qui on l'imagine doit être majeur chez un sujet déjà limité sur le plan de son autonomie. Enfin par la perte d'investissement secondaire, repliant encore plus le sujet sur lui-même, seul face au vieillissement.

- Nous nous sommes aussi intéressés à deux données particulières que sont : l'existence d'un handicap limitant la mobilité et la douleur chronique. Ces deux items s'inscrivent également, pour nous, dans le champ de l'isolement. Le handicap par la restriction d'activités et de libertés, la douleur par son caractère parasite dans la disponibilité psychique à l'investissement relationnel et occupationnel. Ils sont tous deux retrouvés dans une large mesure : chez 17 % des patients. Nous considérons qu'ils constituent au même titre que la désafférentation ou la solitude, un facteur de risque de troubles délirants d'apparition tardive de part l'isolement relatif qu'ils induisent. A notre connaissance aucune étude n'a pris en compte ces éléments.

4.2.4 Facteur déclenchant

De nombreux événements de vie émaillent inéluctablement la vieillesse et vont venir fragiliser le sujet âgé. La retraite, les décès et les problèmes de santé sont quasi obligatoires au fur et à mesure de l'avancée en âge. De nombreux auteurs ont pointé du doigt ces événements, comme éléments déclencheurs des troubles délirants d'apparition tardive (9). Dans notre étude, nous avons observé un facteur déclenchant chez la moitié des sujets. L'apparition des troubles se faisant à plus ou moins longue échéance, après cet événement « traumatisant ». Nous avons catégorisé ces facteurs déclenchants : il s'agit en majorité d'un deuil (retrouvé chez 20 % des patients), puis viennent les pathologies somatiques (8 %), les changements de mode de vie et les conflits (5 % chacun), les séparations (4 %), les traumatismes (2 %) et enfin la retraite chez seulement 1 % de la cohorte. Chez 6 % des patients, il existait un facteur déclenchant ne rentrant pas dans les catégories précédentes. Même si ces événements vont venir déclencher les troubles, c'est le plus souvent la succession des événements de vie qui vont progressivement décompenser un état psychique de plus en plus fragilisé. La vieillesse s'accompagne naturellement de ces passages difficiles. Toutes les personnes ne présenteront pas pour autant des troubles psychiques, mais ceux prédisposés par des événements de vie

anciens, un isolement socio-affectif ou encore une fragilité thymique risquent de développer des symptômes en réponse à ces nouveaux événements déstabilisant. La décompensation sera le plus souvent observée après un nouvel événement de vie, débordant les capacités d'adaptation du sujet.

4.2.5 Motif d'hospitalisation

Il nous est apparu intéressant de nous pencher sur les motifs d'hospitalisation des patients délirants tardifs au vu de la difficulté de les identifier par le biais des fiches d'admission. Nous avons constaté à travers ce support comme le syndrome délirant renvoyait à des tableaux très divers, parfois bien éloignés des conceptions psychiatriques du délire. Il nous a donc semblé qu'il pourrait être intéressant d'étudier les motifs conduisant les patients délirants tardifs à rentrer dans le réseau de soins.

Nous retrouvons tout de même le délire en lui-même, comme motif d'hospitalisation principal dans 69 % des cas et comme motif associé dans 28 %. Cela montre que dans 97 % des cas les idées délirantes sont diagnostiquées par le médecin adressant le patient. Les autres motifs principaux retrouvés sont : la dépression dans 12 % des cas renvoyant aux dépressions délirantes, l'agitation et/ou l'agressivité dans 10 % des cas, le repli et/ou l'opposition dans 5 % des cas, une tentative d'autolyse chez 3 % des patients et enfin des troubles cognitifs pour 1 % des patients. Les autres motifs d'hospitalisations que les idées délirantes renvoient donc soit à l'étiologie sous-tendant le délire (dépression, tentative d'autolyse, troubles cognitifs) soit aux conséquences du vécu délirant que représentent les troubles du comportement (sur un mode actif dans l'agitation et l'agressivité, sur un mode passif dans le repli et l'opposition). Ces motifs d'hospitalisation paraissent tout à fait concordants avec les troubles.

Concernant les motifs secondaires, il est intéressant de constater la très grande fréquence des troubles du comportement quel qu'en soit le type (agitation, agressivité, repli, opposition). Ils représentent à eux tous plus de la moitié des motifs secondaires retrouvés. Ils rendent compte du caractère envahissant des troubles délirants, devenus incompatibles avec un fonctionnement social normal. Les délires d'apparition tardive sont souvent d'une évolution insidieuse, peu identifiable même pour les proches. C'est alors l'apparition des troubles du comportement qui seront souvent les premiers signes d'alerte, interpellant l'entourage à agir. Dans les autres motifs associés retrouvés, notons là encore la fréquence des symptômes

dépressifs (16 %) auxquels on peut rattacher l'altération de l'état général (3 %) et les symptômes anxieux (1 %). Leur fréquence rend compte autant de l'étiologie dépressive pure que de la dynamique dépressive souvent retrouvée dans les troubles délirants tardifs même dans les étiologies autres que thymiques.

4.2.6 Description clinique

Comme nous l'avons déjà évoqué dans la première partie de ce travail, la clinique des troubles délirants d'apparition tardive diffère de celle des tableaux délirants du sujet adulte s'inscrivant le plus souvent dans un trouble psychotique. Cette singularité clinique reflète bien les différences fondamentales au niveau psychopathologique et étiologique de ces troubles, par rapport aux formes plus fréquentes de l'adulte jeune. Il faut par conséquent se préserver d'une réflexion adultomorphe dans la prise en charge de ce type de troubles.

Nous analyserons successivement les différentes caractéristiques cliniques des patients inclus dans notre étude.

- L'évolution est souvent insidieuse, responsable d'une durée importante d'évolution des troubles avant une première prise en charge. Ce type d'évolution représente 55 % des troubles dans notre étude. Cela est bien reflété par une durée moyenne de plus de 2 ans avant une première hospitalisation. On retrouve toutefois des formes subaigües dans 27 % des cas et aigües dans 18 %. Le caractère insidieux vient le plus souvent de la progression lente des idées délirantes, se cantonnant d'abord à des secteurs très limités de la vie du sujet puis devenant de plus en plus envahissant avec le temps. Le fait que les thématiques portent le plus souvent sur la vie du sujet rend les idées délirantes plus plausibles pour l'entourage, qui va donc tarder à s'inquiéter. Enfin, l'isolement relationnel fréquent chez ces patients facilite la non identification des symptômes. Un mode de vie assez pauvre permettra une coexistence entre les idées délirantes et un fonctionnement social minimum. Cette modalité évolutive rend compte des différences psychopathologiques avec les troubles délirants de l'adulte jeune. Le caractère lentement progressif laisse entrevoir la fonction adaptative du délire, comme mode de défense à une situation le mettant en péril. A côté, les formes aigües correspondent pour la plupart à ce que Bazin appelle « l'épisode psychotique aigue réactionnel » (1). En réponse à un événement de vie plus ou moins difficile, le

sujet va décompenser sur un mode délirant, facilité par le vieillissement cérébral, les déficits sensoriels éventuels et un niveau de vigilance souvent plus labile que chez l'adulte.

- Concernant les thèmes du délire, on retrouve dans la littérature une grande fréquence des thèmes de persécution, de préjudice et hypochondriaques. Dans notre étude, nous retrouvons effectivement une prépondérance majeure des thèmes de persécution puisqu'ils sont présents chez 91 % des patients. Il est étonnant de constater que là aussi, l'étude précédente de Morgant retrouvait un pourcentage quasi identique avec 92 % de patients persécutés (64). Cette valeur se place parmi les valeurs les plus hautes retrouvées dans les études (84,2 %, Howard et al. 1994 (12); 83 %, Almeida et al. 1995 (40); 93,2, Castle et al. 1997 (39)). Les autres thèmes les plus rencontrés dans notre population sont : les thèmes de préjudice chez 40 % des sujets, les thèmes de perte et/ou de dévalorisation chez 23 % d'entre eux et les thèmes de sorcellerie/fantastique dans 15 % des cas. Peu de données concernent ces thèmes assez particuliers. Le préjudice et la sorcellerie rejoignent le champ de la persécution et l'on peut même les considérer comme des sous-types de ce thème. Il nous est cependant apparu intéressant de les distinguer de par leur fréquence. Le préjudice touche l'appartenance et renvoie à l'idée d'être dépossédé de quelque chose. Il se situe dans le registre des pertes, si prégnantes au cours de la vieillesse. La sorcellerie évoque elle le recours à des systèmes de croyances archaïques pouvant expliquer une situation qui paraît inacceptable par le sujet. Les thèmes de perte/dévalorisation sont bien sûr rattachés à la dépression, qui en constitue le plus souvent l'étiologie sous-jacente. Les thèmes moins fréquemment retrouvés sont ceux de culpabilité (7 %), de jalousie (7 %), mégalomaniaque (7 %), mystique (7 %), érotomaniaque (6 %), hypochondriaque (5 %) et enfin d'infestation (4 %). Les thèmes autres que la persécution, ne sont que peu abordés dans les études internationales et les chiffres sont assez hétérogènes. Pour n'en citer qu'une, Almeida et al. en 1995 trouvaient 8,5 % de thèmes hypochondriaques, 6,4 % de thèmes mégalomaniaques et 2,1 % de thèmes de culpabilité (40). La culpabilité est liée à la sphère dépressive. La jalousie rejoint d'une certaine façon le préjudice. La mégalomanie constitue un déni de la perte d'autonomie et de la blessure narcissique que constitue la vieillesse. Les thèmes mystiques rationalisent par des systèmes de croyance validés par la société une réalité difficile à

accepter. L'érotomanie restitue une image narcissisante de soi. L'hypochondrie trahit l'intrusion de la maladie et l'éventualité de la mort. Enfin l'infestation fait correspondre la perte de la santé et de la propriété.

Au total, les thématiques délirantes du sujet présentant un délire d'apparition tardive expriment toute la dynamique de ces troubles : pertes, blessure narcissique et risque dépressif. Le récit délirant en lui-même est caractérisé par son caractère concret, le plus souvent cohérent et touchant la « réalité actuelle » du sujet.

- S'agissant des mécanismes, les délires d'apparition tardive sont caractérisés par la très grande fréquence des hallucinations. Cette singularité les distingue des troubles délirants de l'adulte jeune chez qui les hallucinations sont moins fréquentes, moins riches et souvent moins variées. L'ensemble des auteurs ont constaté cette particularité, avec là aussi des proportions variables allant de 51 % pour Pearlson et al. en 1989 (5) à 83 % pour Almeida et al. en 1995 (40). Morgant en retrouvait assez peu avec des hallucinations auditives dans 39 % des cas, visuelles dans 31 % et cénesthésiques dans 8 % des cas (64). Notre population se situe plutôt dans les valeurs hautes puisque 84 % des sujets présentent des hallucinations. En détaillant selon leur type, on a mis en évidence des hallucinations auditives chez 67 % des patients, visuelles chez 57 %, cénesthésiques chez 18 %, olfactives chez 6 % et gustatives chez 1 %. Nous constatons donc la très grande fréquence des hallucinations et leur diversité. Les hallucinations cénesthésiques et olfactives sont tout de même retrouvées assez fréquemment alors que ce type d'hallucinations est plutôt rare chez l'adulte. La cause de cette forte présence d'hallucinations pose question. Est-ce la perte d'acuité sensorielle et les difficultés d'attention, qui conduisent à des perceptions erronées et auxquelles le sujet va donner un sens ? Ou alors, est-ce la fonction défensive du délire qui cherche au travers d'hallucinations à rompre avec le monde réel et à en créer un nouveau ? Dans l'étude d'Almeida et al. de 1995 dont la fréquence des hallucinations est proche de la nôtre, il avait été mis en évidence des hallucinations auditives dans 78,7 % des cas, visuelles dans 12,7 %, cénesthésiques dans 10,6 % et olfactives dans 4,3 % (40). La plupart des études ont constaté la grande fréquence des hallucinations visuelles, cénesthésiques et olfactives par rapport au délire de l'adulte.

Les autres mécanismes sont retrouvés dans une proportion plus classique de ce que l'on connaît chez l'adulte : grande fréquence des mécanismes interprétatifs (82 % des

cas) et intuitifs (66 %), présence de mécanismes imaginatifs dans 44 % des cas, rareté des illusions avec une fréquence allant de 11 % dans leur forme auditive à des valeurs beaucoup plus minimales pour les autres formes (visuelles 8 %, olfactives 2 %, cénesthésiques 1 % et absence de gustatives).

L'autre singularité des mécanismes des délires d'apparition tardive est la rareté du syndrome d'influence et de l'automatisme mental (9). Cela est confirmé dans notre étude où nous avons mis en évidence, un syndrome d'influence chez 6 % des patients et un automatisme mental chez 4 % d'entre eux.

- Les autres caractéristiques du syndrome délirant n'ont été que peu étudiées et il nous est par conséquent difficile de comparer nos valeurs avec des chiffres de référence. Nous avons retrouvé un délire le plus souvent systématisé, (74 %) ce qui correspond bien au caractère « terre à terre » du délire d'apparition tardive. L'extension se faisait dans une large mesure en secteur (80 %) expliquant l'évolution insidieuse. Ces deux caractéristiques rendent bien compte de la persistance d'un bon fonctionnement social pendant une longue période. Enfin 81 % des patients adhéraient totalement à leurs idées délirantes lors de leur hospitalisation.
- Une des grandes différences entre les troubles psychotiques débutant précocement et tardivement est l'existence de symptômes dissociatifs. Tous les auteurs ont en effet constaté la quasi absence de dissociation mentale chez les sujets délirants tardifs quelle qu'en soit l'étiologie sous-jacente. Cette absence est même centrale dans le débat autour du concept de schizophrénie tardive, la dissociation restant en France primordiale pour parler de schizophrénie. Nous avons retrouvé des symptômes dissociatifs chez 16 % des patients de notre étude. C'est un chiffre plutôt élevé en comparaison aux différentes études internationales qui s'intéressent cependant le plus souvent à un seul type de symptômes dissociatifs. Par exemple, Howard et al. trouvent chez des patients présentant une psychose tardive 5,6 % de troubles du cours de la pensée (12), Pearlson et al. en observent également 5,6 % et 7,4 % d'émoussement affectif (5), Castle et al. retrouvent dans 4,3 % des cas une dissociation affective et dans 1,4 % des troubles du cours de la pensée (39). Certaines études comme celle de Brodaty et al. en 1999 retrouvent chez 27 % des « late-onset schizophrenia » des troubles du cours de la pensée mais l'âge d'inclusion était de 50 ans (17). La

fréquence des symptômes dissociatifs dans notre étude reste très inférieure à ce que l'on retrouve chez l'adulte. Elle est probablement plus élevée du fait de la prise en compte de tous les symptômes dissociatifs. On a retrouvé une structure psychotique chez la plupart des patients en présentant avec le plus souvent des troubles anciens mais bien canalisés par un fonctionnement opératoire et une vie socio-affective peu investie. Chez ces patients, la symptomatologie se rapproche des formes classiques de l'adulte jeune dans des tableaux moins bruyants.

- Les symptômes thymiques sont à l'opposé très fréquemment retrouvés chez les délirants tardifs. Nous en observons chez 65 % des patients de notre étude. Cela correspond à ce que l'on retrouve dans la littérature : Post retrouve des symptômes dépressifs chez 60 % des « late paraphrenia », Holden chez 42 % des psychotiques tardifs et Bénazet chez 65 % des psychoses hallucinatoires chroniques (24). Ces symptômes thymiques appartiennent quasiment tous à la sphère dépressive, les symptômes maniaques ou mixtes sont retrouvés de manière assez anecdotique. La grande fréquence des symptômes thymiques constitue là aussi une grande différence entre les troubles délirants d'apparition tardive et ceux rencontrés chez l'adulte jeune. Cette forte présence thymique dans le tableau clinique révèle l'implication de la dynamique dépressive dans la genèse des troubles. Le délire fait office de mécanisme contra-dépressif mais des éléments dépressifs coexistent souvent au second plan.
- L'angoisse est également très présente puisque qu'on l'observe dans 41 % des cas dans notre population de patients. C'est une donnée rarement prise en compte qui accompagne le vécu délirant ou qui s'inscrit plutôt dans la dynamique dépressive.
- Les troubles de la personnalité sous-tendent fréquemment les troubles délirants d'apparition tardive. Parmi les patients de notre étude, 47,5 % présentaient un trouble de la personnalité. Cela correspond aux données des études publiées. Fuchs retrouvait 53 % de troubles de la personnalité chez les psychoses de début tardif et 35 % chez les dépressifs tardifs, cela fait une moyenne de 44 % (18). Morgant trouvait quant à elle un trouble de la personnalité chez 31 % des patients (64). La fréquence des troubles de la personnalité met en évidence le fait que les troubles délirants tardifs ne se développent pas chez n'importe qui. Ce genre de trouble va toucher majoritairement

des personnes ayant une vulnérabilité pré morbide importante. Les troubles de la personnalité les plus retrouvés dans notre travail sont les personnalités paranoïaques et schizoïdes pour les personnalités de structure psychotique (respectivement présentent chez 12 et 9 % des patients), et les personnalités histrioniques, narcissiques et dépendantes pour celles de structure névrotique (chez 12, 5 et 4 % des patients). De manière plus anecdotique, nous avons également observé une personnalité : obsessionnelle chez 2 % des patients, borderline chez également 2 %, évitante et schizotypique chez 1 % des patients pour chacune. Il est tout à fait logique de retrouver en nombre des personnalités schizoïdes et paranoïaques du fait qu'elles précèdent souvent l'entrée dans une pathologie psychotique. La grande fréquence de ces deux types de personnalité a été largement documentée dans de nombreuses études s'intéressant plus spécifiquement aux psychoses tardives. Les chiffres retrouvés sont assez hétérogènes allant de 39 à 63 % (18). La très grande fréquence de la personnalité histrionique est par contre beaucoup plus inhabituelle. Fuchs retrouvait dans son étude plutôt des personnalités névrotiques évitantes, dépendantes et obsessionnelles (18). On retrouve en tous les cas, un panel assez complet de troubles de la personnalité dans notre étude. Reste à savoir s'il s'agissait de réels troubles de la personnalité ou seulement de traits de personnalité, les données n'étant pas déterminées par des tests paramétrés. La dimension narcissique semble prépondérante, ce qui renvoie à son atteinte du fait du vieillissement.

- Pour finir, nous évoquons la grande fréquence des troubles du comportement accompagnant les troubles délirants d'apparition tardive. Nous avons déjà vu qu'ils représentaient un motif d'hospitalisation primaire ou secondaire très fréquent et révélaient même parfois la pathologie. Dans notre étude, 88 % des patients en présentaient ce qui constitue un élément important pour la prise en charge. On a surtout retrouvé de l'agitation (47 % des sujets) mais aussi de l'agressivité (35 %), un repli (34 %), de la méfiance (28 %) et de l'hostilité (19 %). Ces troubles sont soutenus par l'adhésion au vécu délirant qui, nous l'avons vu, est très fréquemment dans le registre de la persécution, et par les symptômes anxio-dépressifs. Ils constituent là aussi un champ d'intérêt peu étudié mais qui a son importance, surtout dans la stratégie thérapeutique.

4.2.7 Diagnostic retenu

Comme nous l'avons vu dans la première partie de notre travail, de nombreuses étiologies sont à l'origine des troubles délirants d'apparition tardive. Déterminer le diagnostic étiologique du trouble n'est pas toujours facile. Cela est bien mis en évidence par les résultats de notre enquête qui chez 22 % des patients, ne concluent à aucun diagnostic. Les diagnostics les plus fréquemment retrouvés sont la dépression dans 24 % des cas, les processus démentiels retrouvés chez 18 % des patients et la psychose hallucinatoire chronique dans 13 % des cas. On retrouve là les grandes catégories étiologiques des troubles délirants d'apparition tardive, à l'exception de la confusion mentale qui était exclue de notre recrutement. La démence apparaît en moins forte proportion que dans l'étude de Webster et Grossberg (10) ce qui est logique car toutes démences connues étaient exclues de l'étude. La fréquence du diagnostic de psychose hallucinatoire chronique reflète l'attachement des psychiatres français à la nosographie française classique. En effet, en appliquant le consensus de 2000 il est probable que l'ensemble de ces patients auraient été diagnostiqué psychose schizophréniforme d'apparition très tardive. Les psychiatres français restent réticents en pratique à diagnostiquer des sujets âgés, souvent de plus de 75 ans, comme schizophrènes sans symptômes dissociatifs. On a tout de même retrouvé un diagnostic de schizophrénie dans 4 % des cas. Dans la sphère psychotique, 8 % des patients avaient un diagnostic de psychose sans en spécifier la nature et 4 % étaient diagnostiqués psychose paranoïaque. Parmi les diagnostics les moins observés, on retrouve 3 % de troubles bipolaires, 3 % de syndrome de Cotard, 1 % de syndrome de Charles Bonnet et 1 % de syndrome d'Ekbom.

En regroupant ces diagnostics en grande catégories étiologiques, nous trouvons 30 % de psychoses, 30 % de troubles thymiques et 18 % de démences. Les 22 % restants correspondent à l'absence de diagnostic. Il est alors intéressant de comparer ces valeurs avec celles de l'étude de Broadway et Mintzer qui cherchait l'étiologie sous tendant les troubles de 140 patients âgés délirants tardifs (11). Dans cette dernière, on retrouvait 36,7 % de causes démentielles ; 20,4 % de causes affectives très largement dominées par la dépression ; 12,2 % de syndrome confusionnel et 30,7 % de causes psychotiques. Ces chiffres sont globalement comparables aux nôtres, mise à part le faible score de la démence, logique du fait des critères d'inclusions et de l'absence de confusions dans notre étude. Il faut préciser que les étiologies démentielles retrouvées étaient tous non diagnostiqués à l'arrivée des patients. Le délire à

l'admission était stable et ne correspondait pas aux idées pseudo-déliantes retrouvées dans les démences évoluées. Le fort pourcentage de patients dont il a été impossible de statuer sur un diagnostic précis, rend compte de la grande proximité clinique des patients déliants tardifs quel que soit l'étiologie sous-jacente. Cela va dans le sens du continuum entre dépression, délire et démence dans une dynamique adaptative aux pertes affectant le narcissisme du sujet vieillissant ; théorie développée par Clément (52).

Nous nous sommes également intéressés aux diagnostics catégoriels posés à l'aide des critères de la CIM-10. La répartition est peu intéressante en soi, mais reflète les limites pratiques de ces classifications. En effet, les étiologies thymiques et démentielles sont globalement fiables mais s'agissant des étiologies psychotiques, on retrouve une grande diversité de cotations, sans réalité clinique la justifiant. Les cotations retrouvées correspondent à des critères vagues et pas assez discriminatifs (F22, F23, F28, F29).

4.2.8 Imagerie

Les données d'imagerie retrouvées dans la littérature sont très hétérogènes et peu d'entre elles ont permis des avancées dans la compréhension des mécanismes pathogènes mis en cause dans les troubles déliants tardifs. Dans notre population de patients, il est étonnant de constater que seuls 58 % ont bénéficié d'une imagerie cérébrale au cours de leur hospitalisation. Il paraît effectivement indispensable dans ce type de pathologie de disposer d'une imagerie cérébrale afin d'éliminer une cause organique comme un processus expansif intra-crânien. Dans beaucoup de cas, l'imagerie était programmée en ambulatoire après la sortie du patient, du fait des délais pour obtenir un rendez-vous. Dans 93 % des cas, l'imagerie était une tomodensitométrie, dans 7 % des cas c'était une imagerie par résonance magnétique qui était réalisée. Les anomalies retrouvées sur les imageries effectuées sont : une atrophie corticale chez 54 % des sujets, une atrophie sous-corticale chez 33 %, une leuco-encéphalopathie peri-ventriculaire chez 51 % et des séquelles ischémiques chez 25 %.

Il est difficile d'analyser ces chiffres étant donné les résultats très disparates des études. La fréquence de l'atrophie corticale et sous-corticale paraît assez logique au vu de l'âge avancé de nos patients et de la proportion non négligeable de pathologies démentielles. La forte présence de la leuco-encéphalopathie peri-ventriculaire signe la fréquence d'un profil vasculaire chez ce type de patients. Cette anomalie est la seule unanimement retrouvée par

toutes les études internationales. Dans notre cas, elle est corrélée à la fréquence des facteurs de risque cardio-vasculaires, ce qui paraît logique. Enfin, notons la grande fréquence des séquelles ischémiques, non corrélée aux antécédents d'accidents vasculaires cérébraux. Cela suppose l'existence d'accidents vasculaires cérébraux infra-cliniques ou passés inaperçus. Cela renforce encore l'importance de l'athérosclérose dans la pathogenèse des troubles délirants d'apparition tardive. Il apparaît donc qu'à côté de la dimension psychopathologique, les perturbations du fonctionnement cérébral, liées à l'âge et/ou à la maladie athéromateuse, jouent un rôle majeur dans l'émergence de ce type de troubles. Cette dimension reste actuellement une voie de recherche.

4.3 A propos des données comparatives

4.3.1 Interprétations des tests « T » de Student

Plusieurs données ont été mises en évidence en corrélant des variables qualitatives avec les variables quantitative de l'étude.

Tout d'abord, nous avons retrouvé un âge moyen plus élevé chez les patients présentant des hallucinations. On peut penser que cela est dû à la plus grande fréquence de la désafférentation sensorielle au fur-et-à-mesure de l'avancée en âge. Plus le sujet vieillit, plus l'acuité sensorielle diminue et favorise des perceptions erronées, voire inexistantes, qui vont ensuite être intégrées dans un vécu délirant.

A contrario, l'âge moyen des sujets présentant des symptômes dissociatifs étaient moins élevé. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la majorité des sujets présentant des symptômes dissociatifs, avaient une structure psychotique ancienne compensée par un fonctionnement opératoire et une vie relationnelle pauvre. Le vieillissement vient alors chez ces patients, bouleverser tout un fonctionnement qui avait jusqu'alors permis de ne pas décompenser. Il est probable que chez ces patients très fragiles, les troubles apparaissent rapidement dès les premières contraintes, du fait de leur faible capacité d'adaptation. Nous retrouvons par ailleurs chez ces patients dissociés, une fécondité beaucoup plus faible. Cela reflète le peu d'investissement relationnel de ces patients allant même parfois jusqu'à l'isolement quasi-total.

Dans le même registre, nous avons également constaté que l'âge moyen des sujets présentant un trouble de la personnalité, était moins élevé que chez ceux n'en ayant pas. Là aussi, la présence d'un trouble de la personnalité est symptomatique d'une organisation défensive sous-tendant une fragilité psychique accrue. Il est par conséquent logique que ces patients développent des troubles plus rapidement que ceux qui n'ont pas cette fragilité pré-morbide. Pour finir, nous avons mis en évidence que les sujets ayant présenté des événements de vie avaient en moyenne plus d'enfants. Cette donnée avait déjà été retrouvée par Fuchs concernant les sujets présentant une dépression tardive sur une personnalité névrotique (18). Pour lui, cela était la conséquence d'un mode de relation avec un fort attachement affectif réactionnel à des événements de vie plutôt dans le registre de la perte.

4.3.2 Interprétation des tests du Chi 2

Nous reprendrons le plan déjà utilisé dans le chapitre « résultats » concernant les tests du Chi 2.

4.3.2.1 A propos des événements de vie

Concernant les événements de vie, des corrélations ont été établies avec l'existence d'hallucinations. Même si l'émergence des hallucinations est probablement influencée par la désafférentation sensorielle et le vieillissement cérébral, elle est pour nous révélatrice d'un envahissement majeur du psychisme par les processus délirants. La présence d'hallucinations suppose des troubles importants du jugement et une coupure importante avec la réalité du monde environnant. Elles signent donc pour nous une sévérité accrue des troubles, un système défensif plus élaboré, cherchant le support d'éléments extérieurs au sujet pour renforcer le processus délirant. La plupart des sujets hallucinés adhèrent tout à fait à ces « perceptions sans objet ». Ils n'ont pas la distance que l'on retrouve chez les sujets âgés désafférentés, ophtalmopathes ou sourds, par rapport à ces phénomènes hallucinatoires. Nous avons constaté que les sujets ayant présenté des événements de vie durant leur enfance, présentaient peu fréquemment des hallucinations. Au contraire, ceux ayant vécu des événements de vie à l'âge adulte ont plutôt tendance à halluciner. Cette opposition selon l'âge de survenu d'événements de vie pose question. Nous avons déjà insisté sur la grande fréquence des événements de vie chez les délirants tardifs et sur leur rôle prédisposant. Nous pouvons émettre l'hypothèse que

les événements de vie durant l'enfance induisent des mécanismes de défense plus efficaces que les événements de l'âge adulte. Malgré la fragilisation qu'ils induisent, ils permettraient au sujet délirant « d'avoir recours » à des troubles délirants le déconnectant moins de la réalité. Les événements de vie rencontrés tôt dans l'existence permettraient en somme une meilleure capacité adaptative car nécessitant très précocement de faire face à des situations difficiles. Les événements plus tardifs ne permettraient pas de développer des mécanismes de défense aussi ancrés. Une fois décompensés durant la vieillesse, ils seront alors plus vulnérables avec un délire laissant moins de place à une réalité extérieure douloureuse.

Nous avons également mis en évidence que les patients présentant des symptômes dissociatifs avaient peu souvent vécu d'événements durant l'âge adulte. Ce type de patients dissociés suppose le plus souvent une structure de personnalité psychotique avec, en général, assez peu d'investissement et en particulier au niveau relationnel. En particulier, ils sont peu souvent mariés et n'ont le plus fréquemment pas eu d'enfants. Cette relative absence de lien socio-affectif suffit peut-être à expliquer cette absence d'événements de vie durant la vie adulte.

On a observé une corrélation importante entre l'existence d'événements de vie durant l'âge adulte et la catégorie d'âge des patients. On a ainsi remarqué que ceux ayant rencontré des événements de vie étaient en proportion plus âgés que les autres. Peut-être que le fait d'avoir rencontré des situations difficiles durant la vie adulte a permis de mieux supporter les événements difficiles inhérents au vieillissement. Les sujets non préparés à des événements difficiles mais fragiles décompenseraient plus tôt. Il y aurait ainsi une fragilisation par les événements de vie mais également une meilleure capacité d'adaptation, retardant le début de troubles psychiques.

Nous avons enfin retrouvé une grande fréquence du mariage chez les sujets ayant présenté des événements de vie à l'âge adulte. Ce résultat est certainement biaisé par la grande fréquence des événements de vie concernant la vie conjugale (divorce, décès, violence...) et les enfants. En effet, les sujets de la génération étudiée ont le plus souvent eu des enfants seulement s'ils ont été mariés, la procréation hors mariage n'étant pas dans les mœurs de l'époque. Ce lien a donc peu d'intérêt.

Nous insistons enfin sur l'absence de corrélations retrouvées entre les événements de vie, les antécédents personnels psychiatriques et les troubles de la personnalité. Ces relations sont classiquement décrites et il est étonnant de ne pas les retrouver.

4.3.2.2 A propos des troubles de la personnalité

Les tests statistiques ont mis en évidence une corrélation entre les troubles de la personnalité et les hallucinations auditives et visuelles. Cela ne se retrouvait pas en considérant les hallucinations dans leur ensemble. Les patients présentant un trouble de la personnalité présentaient peu fréquemment des hallucinations auditives et visuelles par rapport à ceux n'ayant pas de troubles de la personnalité. Cette donnée rejoindrait donc ce que l'on a retrouvé concernant les événements de vie de l'enfance. En effet, malgré le rôle de facteurs de risque des troubles de la personnalité dans le développement des troubles, ils permettraient un meilleur « contrôle » du processus délirant. Un trouble de la personnalité suppose l'existence d'événements de vie précoce ayant induit des mécanismes de défense. Le fait d'avoir développé précocement des capacités psychiques d'adaptation, fragilise le sujet mais lui permet de décompenser moins sévèrement qu'une personne non préparée. Là aussi, nous considérons les hallucinations comme le signe d'un vécu délirant plus envahissant et donc plus sévère. Cette considération peu cependant paraître discutable dans le cadre particulier des délires d'apparition tardive.

Une grande significativité a été établie entre le type de pathologie sous-tendant les troubles délirants et l'existence d'un trouble de la personnalité sous-jacent. On a ainsi observé une très forte proportion de troubles de la personnalité dans les troubles affectifs, une fréquence moindre dans les psychoses et enfin une relative rareté dans les étiologies démentielles. Il paraissait assez logique de retrouver une proportion à peu près identique pour les trois types d'étiologies. Cela est le cas pour les troubles affectifs et les psychoses, associés respectivement aux personnalités névrotiques et psychotiques. On peut par contre s'étonner de la faible fréquence des troubles de la personnalité chez les déments. Cela est peut-être dû à la plus grande difficulté à diagnostiquer un trouble de la personnalité chez des patients présentant une détérioration cognitive. Par ailleurs, la démence représente au niveau psychopathologique, le stade ultime de déstructuration de l'appareil psychique en réaction au vieillissement. Elle signe alors la faillite des mécanismes adaptatifs mis en place et donc des

modifications de la personnalité. Résultant donc de cette incapacité de la personnalité à s'adapter à la situation, peut-être cela explique-t-il la relative rareté des troubles de la personnalité retrouvés.

Nous avons déjà évoqué l'absence de corrélation retrouvée entre les événements de vie et les troubles de la personnalité. Nous avons par contre établi une relation entre les troubles de la personnalité et le type d'événements de vie rencontrés à l'âge adulte. Les patients présentant un trouble de la personnalité ont surtout rencontré des événements de l'ordre de la contrainte. Plus rarement, on retrouve des événements mixtes contrainte/perte et des pertes.

Concernant les données socio-démographiques, plusieurs liens avec l'existence de troubles de la personnalité ont été établis. En proportion, les hommes ont plus de troubles de la personnalité que les femmes. Les troubles délirants affectant classiquement plutôt les femmes, la faible proportion d'hommes est peut-être préférentiellement représentée par des sujets fragilisés par un trouble de la personnalité sous-jacent.

On trouve également que les sujets ayant une personnalité ou des traits de personnalité pathologiques ont le plus souvent des enfants et ont tendance à vivre accompagnés. Cela reflète la proportion importante de troubles de la personnalité du registre névrotique et narcissique dans lesquels les liens relationnels et affectifs sont recherchés activement.

4.3.2.3. A propos des hallucinations

En prenant en compte les hallucinations dans leur ensemble, nous avons constaté que leur présence était corrélée fortement à l'existence de troubles du comportement et en particulier à l'agitation. Cette donnée n'est pas étonnante dans le sens où les hallucinations signent un vécu délirant riche et envahissant, avec une coupure importante avec la réalité. L'expérience hallucinatoire en elle-même est par ailleurs génératrice d'angoisse. Cela renforce encore la fréquence des troubles du comportement en général et l'agitation en particulier.

Nous n'avons pas retrouvé de relations significatives entre les hallucinations et les désafférentations sensorielles. Seule, une tendance à été établie entre la présence d'hallucinations auditives et l'existence d'une perte d'acuité auditive. Cette donnée coïncide avec ce que l'on retrouve chez les gens souffrant d'une surdité, sans troubles délirants. Même

si cette absence de lien statistique peut paraître surprenante, l'implication de la désafférentation dans la genèse des troubles délirants tardifs, semble plus complexe que ce qui est retrouvé en dehors du cadre de la pathologie psychique. L'aspect sensoriel en lui-même n'est peut-être qu'assez secondaire. L'isolement, la dépendance et la perte d'investissement qu'elle induit paraissent plus impliqués dans la genèse des troubles.

Concernant les hallucinations visuelles, les femmes en présentent proportionnellement plus que les hommes, les personnes ayant un bas niveau d'études (certificat d'études ou moins) en présentent également plus ainsi que les sujets souffrant d'un handicap moteur. Pour ce qu'il s'agit de la prépondérance selon le sexe et le niveau d'études, aucune explication nous paraît l'expliquer. S'agissant du handicap moteur, la perte de la mobilité et donc de l'autonomie peut apparaître comme un facteur supplémentaire aggravant les difficultés adaptatives du sujet. La survenue importante d'hallucinations constituerait alors un critère de gravité reflétant les difficultés d'accepter la réalité.

Pour les hallucinations auditives, une corrélation intéressante a été révélée avec l'existence d'antécédents psychiatriques. En effet, les sujets présentant des antécédents personnels psychiatriques quels qu'ils soient, présentent moins d'hallucinations auditives. Cette donnée est également retrouvée, plus particulièrement avec les antécédents de dépression et les antécédents classés dans la rubrique « autres antécédents ». Cela suppose que d'avoir présenté auparavant des troubles psychiques préserverait des mécanismes hallucinatoires. Là aussi, l'expérience passée pourrait permettre une meilleure adaptation à travers les troubles que des sujets vierges de tout trouble psychique.

Enfin, nous avons mis en évidence la rareté des hallucinations auditives chez les sujets présentant des thèmes délirants de culpabilité. Ce thème est classiquement relié aux troubles affectifs. Nous n'avons pas d'hypothèse explicative étant donné qu'il n'y a pas de corrélations retrouvées entre les hallucinations et le type de pathologie sous-tendant les troubles. Morgant avait montré dans son étude que les patients dépressifs seraient moins hallucinés (64). Cela irait dans le sens de notre résultat concernant les thèmes de culpabilité, l'extrapolation jusqu'à la dépression paraît cependant excessive dans notre cas.

A noter qu'aucune corrélation n'a pu être établie entre l'isolement socio-affectif et l'existence d'hallucinations quelles qu'elles soient. Dans son étude en 1992, Morgant avait retrouvée que l'isolement et la solitude favorisaient les hallucinations auditives. Elle avait également mis en évidence qu'une baisse de l'acuité auditive favorisait la survenue d'hallucinations visuelles (64). Cela peut paraître assez étonnant au vue de ce que l'on constate chez les ophtalmopathes ou chez les sourds, en dehors du champ psychiatrique. Ces résultats n'ont jamais été retrouvés par d'autres études.

4.3.2.4 A propos des symptômes thymiques

Nous avons retrouvé une corrélation particulièrement significative entre la présence de symptômes thymiques et le type de pathologie sous-tendant les troubles délirants. Cette relation est intéressante du fait de la dynamique dépressive au cœur de la genèse des troubles délirants d'apparition tardive. Il n'est pas surprenant de constater que les symptômes sont proportionnellement plus présents dans les troubles affectifs. Cela l'est beaucoup plus dans la forte proportion de symptômes thymiques chez les patients dont les troubles sont rattachés à un processus démentiel. Cela est en faveur d'un continuum entre dépression, délire et démence dans une tentative d'adaptation à la vieillesse. A contrario, on retrouve très peu de symptômes thymiques dans les étiologies psychotiques. Cela suppose peut-être une psychopathologie différente dans ces étiologies. En effet, dans le cadre des psychoses décompensant tardivement, on retrouve souvent un trouble de la personnalité de structure psychotique pré-morbide. Le fonctionnement global de ces patients durant l'âge adulte est souvent particulier avec peu d'investissement relationnel et de faibles capacités d'adaptation. Le vieillissement chez ces patients est donc particulièrement déstabilisant, car modifiant un mode de vie qui leur avait permis de ne pas décompenser dans la pathologie. La dynamique n'est plus dans ce cadre purement dépressive, liée aux pertes et à la blessure narcissique secondaire. Elle se trouve plutôt dans l'incapacité, de trouver un nouveau mode adaptatif aux nouvelles contraintes imposées par le vieillissement. Cela distingue donc deux grands types de patients développant des troubles délirants d'apparition tardive : ceux dont les troubles délirants sont contra-dépressifs et ceux où ils s'inscrivent dans une pathologie psychotique décompensant durant la vieillesse, sur une structure de personnalité psychotique ancienne.

Les autres corrélations concernant les symptômes thymiques sont beaucoup plus anecdotiques. Il paraît effectivement logique que chez les patients présentant des symptômes thymiques, on observe une grande fréquence de symptômes anxieux. L'anxiété est effectivement très fréquemment rattachée aux troubles affectifs, et en particulier à la dépression. Les symptômes thymiques retrouvés sont très majoritairement dépressifs et il est peu étonnant qu'ils soient plus fréquemment associés à de l'angoisse.

On a également retrouvé une tendance à ce que les patients dont les troubles ont débuté après un facteur déclenchant, développent plus fréquemment des symptômes thymiques que ceux chez qui aucun élément déclencheur n'a été identifié. Ce caractère réactionnel serait donc associé avec une tendance à présenter des symptômes dépressifs. Les facteurs déclenchant constituent en eux-mêmes des événements de vie le plus souvent assez difficiles. En particulier, nous avons pu constater la fréquence des décès comme déclencheurs des troubles. Il paraît logique que dans un tel contexte, on mette plus souvent en évidence une symptomatologie dépressive.

On peut par contre s'étonner de l'absence de corrélations entre l'existence de symptômes thymiques et les antécédents psychiatriques personnels, en particulier dépressifs. De la même manière, aucune corrélation n'a été retrouvée avec les événements de vie, l'isolement ou la désafférentation.

4.3.2.5 A propos des symptômes dissociatifs

Plusieurs liens ont été observés entre l'existence de symptômes dissociatifs et d'autres items. Ont ainsi, été mis en évidence, que les sujets dissociés n'avaient le plus souvent pas été mariés. Cela rejoint les données déjà évoquées concernant la faible fertilité de ces patients. En effet, ce type de patient présente le plus souvent une structure de personnalité psychotique sous-jacente, avec un fonctionnement particulier où le champ relationnel est peu investi. Il est par conséquent cohérent de constater la grande fréquence du célibat et la rareté des enfants.

Au niveau clinique, nous avons retrouvé une association très significative entre l'existence de symptômes dissociatifs et celle d'un délire non systématisé et d'un repli. La dissociation renvoyant à la psychose schizophrénique, il est logique de retrouver un délire mal systématisé

et un repli autistique. Ces deux symptômes sont souvent rencontrés dans ce type de pathologie.

Même s'il ne s'agit que d'une tendance, une corrélation beaucoup plus inattendue a été établie entre l'existence de symptômes dissociatifs et les dyslipidémies. Nous avons mis en évidence que les sujets présentant une dyslipidémie, avaient tendance à présenter moins fréquemment de symptômes dissociatifs, que ceux avec un métabolisme lipidique normal. Peut-être que chez ce type de patient, le vieillissement cérébral joue moins de rôle que chez les autres. Ce vieillissement est largement sous-tendu par les facteurs de risque cardio-vasculaire du fait de l'athérosclérose au niveau de la micro-circulation cérébrale. Ce type de patients développe le plus souvent des troubles par décompensation d'une structure psychotique ancienne. Ils débutent d'ailleurs leurs troubles beaucoup plus jeunes, comme nous l'avons déjà vu. Peut-être que seul cet âge moindre explique cette rareté des dyslipidémies. Il faut cependant rester prudent car nous ne retrouvons pas d'autres corrélations avec les autres facteurs de risque ou maladies cardio-vasculaires, la corrélation n'est que relative et il peut exister des données manquantes dans les dossiers concernant les dyslipidémies.

4.3.2.6 A propos de l'angoisse

Nous avons mis en évidence que l'angoisse était plus fréquente chez les patients qui présentaient un entourage. Peut-être que l'absence de l'étayage habituel de ces patients à l'hôpital, favorise l'émergence d'une anxiété. On peut aussi penser que les patients ayant un tempérament anxieux, recherchent de manière plus importante à être entourés. La séparation révélerait alors cette prédisposition à être angoissé, en l'absence du support relationnel habituel.

Plusieurs relations significatives ont été observées entre l'existence d'une angoisse et des caractéristiques cliniques. On a ainsi constaté que l'existence d'hallucinations cénesthésiques était pourvoyeuse d'angoisse de manière hautement significative. Cette corrélation n'a pas été retrouvée avec les autres types d'hallucinations ni en prenant en compte l'ensemble des hallucinations. Il n'apparaît pas évident que ce type d'hallucinations soit plus anxiogène que les autres.

Il paraît par contre beaucoup plus logique de retrouver une association marquée, entre l'existence d'un délire organisé en réseau et l'émergence de symptômes anxieux. Un délire en réseau suppose un caractère très envahissant des idées délirantes et par conséquent une angoisse associée importante.

On a retrouvé également que les patients anxieux étaient majoritairement agités. Comme nous l'avons déjà vu, cette agitation anxieuse constitue souvent un des motifs conduisant à l'hospitalisation de ce type de patient. C'est un élément important dans la prise en charge thérapeutique de ces patients.

Au niveau des thématiques délirantes, on a mis en évidence une prépondérance de l'angoisse dans les délires où existaient des thèmes de perte/dévalorisation ou des thèmes de culpabilité. Ces deux types de thème sont souvent rattachés à une dynamique dépressive ce qui peut expliquer la fréquence de l'angoisse associée.

Enfin, on a retrouvé une corrélation significative entre les antécédents d'accidents vasculaires cérébraux et l'angoisse. Bien que ce type de pathologie soit dépressiogène et anxiogène, il apparaît peu explicable qu'elle soit rattachée avec l'existence de symptômes anxieux au cours d'un délire d'apparition tardive. On n'a pas retrouvé de telle association avec les antécédents d'infarctus du myocarde par exemple.

4.3.3 Interprétation des tests du Chi 2 appliqué à des sous-populations

L'application des tests statistiques à des sous-populations de notre cohorte, complexifie grandement l'interprétation qui peut être faite des résultats. Le but de cette technique étant d'apporter des résultats contributifs non retrouvés dans la population globale, nous nous attacherons à interpréter que les données ayant un intérêt.

4.3.3.1 Population présence/absence d'hallucinations

On retrouve chez les patients hallucinés, que lorsqu'ils présentent des symptômes dissociatifs, ils vivent plutôt seuls et qu'ils présentent le plus souvent un trouble de la personnalité. Ce résultat est peu étonnant dans le sens où l'association d'une dissociation mentale et

d'hallucinations laisse penser que les sujets concernés présentent une schizophrénie tardive. Cette pathologie survient le plus souvent sur une personnalité pathologique de structure psychotique de type schizoïde ou schizo-typique. Le fonctionnement pré-morbide est le plus souvent assez particulier avec fuite des contacts sociaux et pauvreté des liens affectifs.

4.3.3.2. Population présence/absence de symptômes thymiques

Aucun résultat intéressant n'a été mis en évidence dans ces deux sous-populations.

4.3.3.3. Population présence/absence de symptômes dissociatifs

Nous avons retrouvé chez les patients ne présentant pas de symptômes dissociatifs, que ceux qui souffraient d'algies chroniques avaient une plus faible propension à halluciner que ceux qui n'en souffraient pas. Ce résultat paraît assez difficile à interpréter d'autant que l'on aurait pu penser que l'existence de douleurs chroniques aurait pu, par la iatrogénie des antalgiques, plutôt favoriser la survenue d'hallucinations.

4.3.3.4. Population présence/absence d'événements de vie à l'âge adulte

Plusieurs résultats significatifs ont été obtenus dans ces deux sous-populations ainsi définies.

Tout d'abord, nous avons mis en évidence chez les sujets ayant présenté des événements de vie durant leur vie adulte, que lorsqu'ils avaient également vécu des événements durant leur enfance, ils hallucinaient moins que ceux qui n'en avaient pas vécu. Nous avons déjà évoqué que dans la population globale, ceux qui avaient vécu des événements pendant l'enfance hallucinaient moins et que ceux qui en avaient vécu durant l'âge adulte, hallucinaient plus. Nous avons à ce propos formulé l'hypothèse d'une capacité adaptative acquise au décours des événements de l'enfance ne se retrouvant pas pour les événements de la vie adulte. Cela expliquait la relative rareté des hallucinations chez ces patients, en considérant que les hallucinations trahissaient un degré de sévérité plus important des troubles, du fait d'un vécu délirant envahissant plus la réalité du patient. La donnée retrouvée dans cette sous-population ayant présentée des événements de vie à l'âge adulte, va plutôt dans le sens de notre

hypothèse. En effet, si le patient a vécu précédemment des événements de vie durant son enfance, il a donc obtenu cette capacité d'adaptation qui, même s'il rencontre des événements dans sa vie adulte, vont faire qu'il va présenter moins facilement des hallucinations, ce qui est logique dans la chronologie des événements et renforce notre hypothèse.

Concernant les patients qui n'ont pas vécu d'événements durant leur vie adulte, on retrouve que ceux d'entre eux qui présentent des symptômes thymiques sont plus souvent mariés, vivent accompagnés et ont fréquemment des antécédents de dépression. Il peut paraître surprenant que des sujets sans événements de vie et n'étant pas isolés présentent des symptômes thymiques. Cependant dans notre population, très peu de sujets n'ont jamais présenté d'événements de vie durant l'âge adulte et cela limite le poids de ces données. Cette sous-population paraît correspondre à un profil dépressif endogène.

4.3.3.5 Population présence/absence d'un trouble de la personnalité

Chez les patients ayant un trouble de la personnalité, on retrouve une moindre propension à halluciner lorsqu'ils souffrent d'une désafférentation auditive. Ce résultat semble assez contradictoire avec les données classiquement retrouvées dans la littérature. Nous avons déjà évoqué le fait que l'existence d'un trouble de la personnalité s'accompagnait d'une fréquence moindre des hallucinations auditives et visuelles. Nous avons alors émis l'hypothèse d'une « protection » du trouble de la personnalité du fait de son caractère adaptatif plus optimum. Nous pouvons également invoquer cette hypothèse dans le cas présent mais avec un poids plus important. En effet, dans ce cas, le trouble de la personnalité induit une fréquence moindre des hallucinations dans leur globalité mais aussi malgré l'existence d'une acuité auditive diminuée. Cela remet en cause le rôle purement sensoriel de la désafférentation dans la genèse des troubles délirants tardifs.

On a également constaté que chez les patients ayant une personnalité pathologique et des douleurs chroniques, ils présentaient moins de symptômes thymiques. Cela peut paraître étonnant, les algies chroniques s'accompagnant plus volontiers d'une souffrance dépressive. Ce résultat est cependant peut être biaisé par des algies conversives au vu de la fréquence des personnalités histrioniques et dépendante parmi les troubles de la personnalité.

Chez les sujets ne présentant pas de troubles de la personnalité, on a mis en évidence chez ceux qui présentaient des symptômes dissociatifs, un délire plutôt non systématisé et organisé en réseau. Il est tout à fait logique de retrouver chez des sujets dissociés un délire ayant des caractéristiques paranoïdes tels que la non systématisation et l'organisation en réseau.

On retrouve également chez cette population sans trouble de la personnalité une fréquence moindre des symptômes thymiques lorsqu'ils ont vécu des événements durant l'enfance. Peut-être que le fait d'avoir rencontré des événements difficiles précocement a rendu l'expression affective moins franche chez ces patients. Cette génération n'a pu bénéficier d'étayage durant l'enfance, en rapport avec les événements rencontrés. Ils ont alors dû faire face en mettant de côté le champ affectif, rendant ainsi chez eux difficile la recherche de symptômes thymiques.

4.3.4 Interprétation des régressions logistiques

4.3.4.1 Régression logistique concernant les hallucinations

Nous ne donnerons pas d'interprétation de la première régression logistique effectuée avec les données ayant une significativité inférieure ou égale à 20%. Un trop grand nombre de données étaient alors concernées et les résultats paraissaient étonnants et peu interprétables.

C'est ce qui a conduit à refaire le test mais cette fois-ci, avec une significativité-limite beaucoup plus sélective, à 10 %. Cela a révélé des résultats correspondant beaucoup plus à ceux attendus au vue du reste de l'étude.

On a mis en évidence que la variable la plus déterminante dans la survenue d'hallucinations était l'absence d'événements de vie durant l'enfance. Le déterminisme de cette donnée est très important puisqu'à elle seule elle permet de savoir si le patient va présenter ou pas des hallucinations avec une probabilité de 81 %. L'outil statistique a mis en évidence en deuxième lieu l'importance des événements de vie à l'âge adulte dans ce déterminisme.

Ce résultat semble fondamental car il confirme l'importance psychopathologique des événements de vie dans la genèse des troubles délirants d'apparition tardive. Comme Fuchs l'avait déjà souligné, les événements de vie sont responsables d'une vulnérabilité pré-morbide déterminante dans l'apparition de troubles délirants, à l'occasion du bouleversement que constitue la vieillesse (22). Les événements difficiles occasionnés par l'avancée en âge vont

venir en quelques sortes « décompenser » tardivement un événement de vie précoce. Les résultats de notre étude tendent à compléter cette idée, en émettant l'hypothèse que des événements vécus précocement permettraient d'acquérir une meilleure capacité d'adaptation, que ceux rencontrés plus tardivement. Cela serait reflété par la disposition à présenter des hallucinations. Cela ne remet pas en cause la fragilisation induite par les événements de vie, mais établit une nuance en fonction du moment où le sujet a été confronté à des événements difficiles. Les hallucinations constituent pour nous une désadaptation plus importante de l'appareil psychique à la réalité du sujet. Cette conception n'est pas univoque tant les considérations autour des hallucinations chez l'âge sont nombreuses (67). En tous les cas, nous soutenons l'hypothèse d'une meilleure adaptation, à travers les troubles délirants, des sujets ayant été confrontés précocement à des situations difficiles. Cela ne se retrouve pas chez les sujets ayant rencontrés des événements, trop tardifs pour développer des mécanismes adaptatifs élaborés pouvant être réutilisés en cas de nouveaux bouleversements.

4.3.4.2 Régression logistique concernant les symptômes dissociatifs

Les deux variables retrouvées comme étant les plus déterminantes dans la survenue de symptômes dissociatifs sont respectivement l'existence d'événements de vie à l'âge adulte et le mode vie. Le poids de ces deux variables est important avec une probabilité supérieure à 83 %. L'existence de symptômes dissociatifs renvoie à une étiologie psychotique et plus précisément à la schizophrénie, au sein de l'« école française ». Son existence est déterminée statistiquement par l'absence d'événements de vie à l'âge adulte et par un mode de vie le plus souvent solitaire. Ces deux éléments renvoient à un fonctionnement pré-morbide particulier, le plus souvent sous-tendu par une personnalité psychotique non décompensée. Ce type de patients présente le plus souvent des troubles infra-cliniques anciens, compensés par un fonctionnement opératoire avec peu de relations socio-affectives, permettant d'éviter une décompensation vers une psychose. Cela explique la rareté des événements de vie pendant la vie adulte et la propension à vivre seul. La vieillesse vient perturber ce fonctionnement précipitant le sujet dans la pathologie. C'est une des modalités d'apparition de troubles délirants tardifs, l'autre étant une tentative contra-dépressive d'adaptation, à une réalité inacceptable narcissiquement pour le sujet.

4.3.4.3 Régression logistique concernant l'angoisse

Trois variables ont été identifiées pour déterminer la survenue d'une angoisse associée aux troubles délirants. Il s'agit en premier lieu de l'existence de symptômes thymiques, ce qui paraît logique du fait de la grande proximité entre la sphère affective et l'angoisse. On retrouve ensuite l'importance de l'âge, les sujets les plus jeunes étant les plus soumis à l'angoisse. Enfin l'existence d'un entourage est également déterminante dans la survenue d'une angoisse. Les sujets habituellement entourés vivent peut-être de manière plus angoissante la séparation psychique (du fait du vécu délirant) et physique (du fait de l'hospitalisation) qui leur est imposée. Par conséquent, ces trois variables sont intéressantes à rechercher en pratique, afin d'évaluer au mieux le degré d'angoisse vécu par le patient, et d'adapter la prise en charge, en particulier thérapeutique.

4.4 Perspectives

Les résultats de notre étude ont permis d'ouvrir plusieurs pistes de réflexion qu'il serait intéressant d'explorer par le biais d'autres travaux :

- Effectuer une étude comparative descriptive au sein de notre population, en fonction de l'étiologie sous-tendant les troubles. Cela dans le but de mettre en évidence des caractéristiques socio-démographiques, psychopathologiques et cliniques selon l'étiologie du délire.
- Terminer l'analyse des résultats concernant la prise en charge, la thérapeutique, les modalités de sortie et l'évolution post-hospitalière. En axant donc un travail sur la prise en charge et le devenir des patients souffrant de troubles délirants d'apparition tardive.
- Poursuivre la même étude mais en prospectif, ce qui permettrait de confirmer les résultats sans biais au niveau de la recherche des données. Par un meilleur recueil des événements de vie, leurs implications dans la psychopathologie pourrait être spécifiées de manière beaucoup plus précise.

CONCLUSION

Nous avons réalisé une étude incluant 101 patients hospitalisés pour des troubles délirants d'apparition tardive, au centre de psychogériatrie Jean-Marie Léger du C.H. Esquirol de Limoges entre 2003 et 2007. L'objectif était d'une part de décrire les caractéristiques de ce trouble, d'autre part de mettre en avant leur psychopathologie particulière.

Les données épidémiologiques et cliniques retrouvées dans notre population sont superposables avec celles décrites dans la littérature. De plus, il nous est apparu que la psychopathologie du trouble délirant d'apparition tardive est fondamentalement différente de celle des psychoses de l'adulte.

Ce travail a permis de mettre en évidence l'implication essentielle d'événements de vie de l'enfance et de l'âge adulte dans la genèse des troubles. Ils apparaissent comme des éléments fragilisants qui vont en quelque sorte faire décompenser à distance, à l'occasion de nouveaux événements, débordant les mécanismes de défense de l'individu âgé. Il semblerait par ailleurs que les événements vécus durant l'enfance permettraient l'acquisition d'une meilleure adaptation, dans le sens où ils favoriseraient l'absence d'hallucinations. Malgré le terrain de vieillissement cérébral et sensoriel, les hallucinations signent une perte de contact importante avec la réalité. On retrouve cette faculté protectrice chez les sujets ayant un trouble de la personnalité. A contrario, les événements de vie plus tardifs favoriseraient les hallucinations, car ils n'induisent pas de mécanisme de défense adaptatif aussi ancré que ceux mis en place durant l'enfance.

Un autre résultat important à souligner est la grande fréquence d'un trouble de la personnalité sous-jacent. Les types de personnalité retrouvés ne se cantonnent pas seulement à ceux de structure psychotique, schizoïde ou paranoïaque, mais concernent aussi fréquemment les personnalités du registre narcissique et dépendant.

Enfin, il est important de considérer le rôle d'un facteur déclenchant, souvent retrouvé, lié à l'avancée en âge : atteinte narcissique et pertes inhérentes au vieillissement, défaillance de l'environnement avec isolement socio-affectif, désafférentation sensorielle et installation d'une dépendance. Une souffrance psychique va en résulter, renforçant encore la fragilisation narcissique. Devant le risque dépressif, le délire va proposer une tentative d'adaptation à but contra-dépressif, Racamier parlait de « combat intrapsychique mené contre la poussée dépressive » (68). La démence pourra représenter une autre « issue » éventuelle à cette souffrance dépressive mais au prix d'une déstructuration totale de l'appareil psychique.

L'ensemble de ces résultats rend bien compte des différences fondamentales entre les troubles délirants d'apparition tardive et les délires de l'adulte.

Il convient cependant de pondérer cette idée car, comme nous l'avons vu dans notre étude, il existe effectivement dans une faible mesure, des sujets présentant des troubles psychotiques infra-cliniques qui décompensent tardivement au cours de la vieillesse. Les troubles ont le plus souvent été contenus, par une vie appauvrie, avec un fonctionnement opératoire les préservant des événements stressants, ou avec l'aide d'un entourage protecteur et bienveillant. Les changements induits par le vieillissement vont alors venir décompenser une pathologie existante, mais restée silencieuse. Faut-il alors pour autant parler de schizophrénie tardive ? Comme le disait Bazin « Pour ces patients, le diagnostic est alors celui de schizophrénie à révélation tardive plutôt que celui de schizophrénie tardive car les symptômes existent en fait depuis longtemps » (1).

Notre étude montre l'importance essentielle de la compréhension de ces troubles délirants et de leur place dans l'histoire des sujets. Au-delà d'un débat nosographique qui semble désuet, ce sont les implications des classifications actuelles dans la prise en charge de ces patients qui nous paraissent délétères, tant au niveau thérapeutique que de l'approche psychothérapique et de leur environnement. La valeur du sens du trouble doit rester prépondérante face à la tentation de tout classifier de manière logique et rationnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- (1). BAZIN N. Le diagnostic de schizophrénie tardive : les questions qu'il pose. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 2004, 2, 1, p. 43-47
- (2). THOLOSE A. Qu'est-ce qu'une idée délirante, un délire, un délire chronique? Essai de définition. *Annales Médico-Psychologiques (Paris)*, 1991, 149, 9, p. 700-704
- (3). GUELFY J.-D., BOYER P., CONSOLI S., OLIVIER-MARTIN R. *Psychiatrie*. 8ème éd. Paris : Presses Universitaires de France, 2002, p. 42
- (4). HAUSTGEN T. Histoire des psychoses délirantes chroniques. *Synapse*, 1989, 51, p. 31-42
- (5). PEARLSON G.-D., KREGER L., RABINS P.-V. et al. A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 1989, 146, 12, p. 1568-1574
- (6). ROBERT P. Conception des délires chroniques en France. *Psychologie Médicale*, 1989, 21, 9, p. 1318-1322
- (7). ALMEIDA O.-P., HOWARD R., FÖRSTL H. et al. Late paraphrenia: a review. *The International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1992, 7, 8, p. 543-548
- (8). CONVERT H., VÉDIE C., PAULIN P. Schizophrénie tardive ou délires chroniques. *L'Encéphale*, 2006, 32, 6, p. 957-961
- (9). HOWARD R., RABINS P.-V., SEEMAN M.-V. et al. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *The American Journal of Psychiatry*, 2000, 157, 2, p. 172-178

- (10). WEBSTER J., GROSSBERG G.-T. Late-life onset of psychotic symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1998, 6, 3, p. 196-202
- (11). BROADWAY J., MINTZER J. The many faces of psychosis in the elderly. *Current opinion in psychiatry*, 2007, 20, p. 551-558
- (12). HOWARD R., ALMEIDA O., LEVY R. Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia. *Psychological Medicine*, 1994, 24, 2, p. 397-410
- (13). MITTER P., REEVES S., ROMERO-RUBIALES F. et al. Migrant status, age, gender and social isolation in very-late-onset schizophrenia-like psychosis. *The International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2005, 20, 11, p. 1046-1051
- (14). DUBERTRET C., ADÈS J., GORWOOD P. Clinical and etiopathogenic specificities of the French concept of “psychose hallucinatoire chronique” compared to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2004, 30, 1, p. 173-184
- (15). ALMEIDA O.-P., HOWARD R.-J., LEVY R. et al. Psychotic states arising in late life (late paraphrenia). The role of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 1995, 166, 2, p. 215-228
- (16). ROMERO-RUBIALES F., REEVES S., HOWARD R. Have risk factors for very-late-onset schizophrenia-like psychosis changed in the last 40 years? *The International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004, 19, 8, p. 806-807
- (17). BRODATY H., SACHDEV P., ROSE N. et al. Schizophrenia with onset after age 50 years: phenomenology and risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 1999, 175, p. 410-415
- (18). FUCHS T. Patterns of relation and premorbid personality in late paraphrenia and depression. *Psychopathology*, 1999, 32, 2, p. 70-80

- (19). LAROI F., VAN DER LINDEN M., DEFRUYT F. et al. Associations between delusion proneness and personality structure in non clinical participants: comparison between young and elderly samples. *Psychopathology*, 2006, 39, p. 218-226
- (20). CLÉMENT J.-P., PAULIN S., LÉGER J.-M. Troubles délirants. In : J.-M. LÉGER, CLÉMENT J.-P., WERTHEIMER J. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris : Flammarion, 1999, p. 202-215
- (21). REULBACH U., BLEICH S., BIERMANN T. et al. Late-onset schizophrenia in child survivors of the holocaust. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2007, 195, 4, p. 315-319
- (22). FUCHS T. Life events in late paraphrenia and depression. *Psychopathology*, 1999, 32, 2, p. 60-69
- (23). TEUNISSE R.-L., CRUYSBERG J.-R.-M., VERBEEK A. et al. The Charles Bonnet syndrome: a large prospective study in the Netherlands. A study of the prevalence of the Charles Bonnet syndrome and associated factors in 500 patients attending the University department of ophthalmology at Nijmegen. *The British Journal of Psychiatry*, 1995, 166, p. 254-257
- (24). DUBERTRET C., GORWOOD P., ADÈS J. Psychose hallucinatoire chronique et schizophrénie d'apparition tardive: une même entité? *L'encéphale*, 1997, 23, 3, p. 157-167
- (25). CLÉMENT J.-P., DARTHOUT N., NUBUKPO P. Délires. In : *Guide pratique de psychogériatrie* deuxième édition. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2006, p. 59-68
- (26). BERRIOS G.-E., BROOK P. Delusions and psychopathology of the elderly with dementia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1985, 72, p. 296-301
- (27). PÉRUCHON M. Le délire chez le sujet dément. *Psychologie médicale*, 1993, 25, p. 657-658

- (28). MARTINEZ R., MULSANT B., MEYERS B. et al. Delusional depression in late life: a research agenda. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 1996, 4, p. 77-84
- (29). MEYERS B.-S., GREENBERG R. Geriatric delusional depression. *Clinical Geriatric Medicine*, 1992, 8, p. 299-308
- (30). SIMPSON S., BALDWIN R., JACKSON A. et al. The differentiation of DSM-III-R psychotic depression in later life from nonpsychotic depression: comparisons of brain changes measures by multispectral analysis of magnetic resonance brain images, neuropsychological findings and clinical features. *Biological Psychiatry*, 1999, 45, p. 193-203
- (31). FERRERI F., AGBOKOU C., NUSS P. et al. Cliniques des états dépressifs. *Encyclopédie Medico-Chirurgicale, Psychiatrie*. Mise à jour 2006, 37-110-A-10, p. 1-19
- (32). RIGAUD A.-S., BAYLE C., LATOUR F. et al. Troubles psychiques des personnes âgées. *Encyclopédie Medico-Chirurgicale, Psychiatrie*. Mise à jour 2005, 37-540-A-10, p. 1-15
- (33). CLÉMENT J.-P., NUBUKPO P. Délires et hallucinations. In : THOMAS P., HAZIF-THOMAS C. *Traité de psychogériatrie tome 1*. Paris : Med-line éditions, 2005, p. 319-337
- (34). GUELFY J.-D., BOYER P., CONSOLI S., OLIVIER-MARTIN R. *Psychiatrie*. 8ème éd. Paris : Presses Universitaires de France, 2002, p. 225-245
- (35). ALMEIDA O.-P., HOWARD R.-J., LEVY R. et al. Cognitive features of psychotic states arising in late life (late paraphrenia). *Psychological Medicine*, 1995, 25, 4, p. 685-698
- (36). PALMER B.-W., BONDI M.-W., TWAMLEY E.-W. et al. Are late-onset schizophrenia spectrum disorders neurodegenerative conditions? Annual rates of change on two dementia measures. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2003, 15, 1, p. 45-52

- (37). BRODATY H., SACHDEV P., KOSCHERA A. et al. Long-term outcome of late-onset schizophrenia: 5-years follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 2003, 183, p. 213-219
- (38). GIBOIN C., MANTELET S. Le syndrome d'Ekbom. *Annales Médico-Psychologiques*, 1998, 156, 10, p. 649-658
- (39). CASTLE D.-J., WESSELY S., HOWARD R. et al. Schizophrenia with onset at the extremes of adult life. *The International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1997, 12, 7, p. 712-717
- (40). ALMEIDA O.-P., HOWARD R.-J., LEVY R. et al. Psychotic states arising in late life (late paraphrenia): Psychopathology and Nosology. *The British Journal of Psychiatry*, 1995, 166, 2, p. 205-214
- (41). HOWARD R.-J., GRAHAM C., SHAM P. et al. A controlled family study of late-onset non-affective psychosis (late paraphrenia). *The British Journal of Psychiatry*, 1997, 170, p. 511-514
- (42). RASMUSSEN H.-B., TIMM S., WANG A.-G. et al. Association between the CCR5 32-bp deletion allele and late-onset schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 2006, 163, 3, p. 507-511
- (43). ROTH M., KAY D.-W.-K. Late paraphrenia: a variant of schizophrenia manifest in late life or an organic clinical syndrome? A review of recent evidence. *The International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1998, 13, 11, p. 775-784
- (44). RIVKIN P., KRAUT M., BARTA P. et al. White matter hyperintensity volume in late-onset schizophrenia and early-onset schizophrenia. *The International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2000, 15, 12, p. 1085-1089

- (45). JONES D.-K., CATANI M., PIERPAOLI C. et al. A diffusion tensor magnetic resonance imaging study of frontal cortex connections in very-late-onset schizophrenia-like psychosis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2005, 13, 12, p. 1092-1099
- (46). PEARLSON G.-D., TUNE L.-E., WONG D.-F. et al. Quantitative D2 dopamine receptor, PET and structural MRI changes in late-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1993, 19, 4, p. 783-795
- (47). SACHDEV P., BRODATY H., ROUBINA S. et al. An electroencephalographic investigation of late-onset schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, 1999, 11, 4, p. 421-429
- (48). REEVES R.-R., STRUVE F.-A. Quantitative electroencephalography in late-onset schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, 2003, 15, 3, p. 273-278
- (49). CASTLE D.-J., HOWARD R., What do we know about late-onset schizophrenia? *European Psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 1992, 7, p. 99-108
- (50). GIBLIN S., CLARE L., LIVINGSTONE G. et al. Psychosocial correlates of late-onset psychosis: life experiences, cognitive schemas, and attitudes to ageing. *The International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004, 19, p. 611-623
- (51). LÉGER J.-M., TESSIER J.-F., MOUTY M.-D. *Psychopathologie du vieillissement*. Paris : Doin éditeurs, 1989, 254 p. (Collection de psychiatrie pratique)
- (52). CLÉMENT J.-P. La désadaptation du sujet âgé. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 2000, 34, p. 123-126
- (53). DIAS CORDEIRO J. Les conduites délirantes chez l'âgé. *Psychologie Médicale*, 1989, 21, 8, p. 1125-1131

- (54). UCHIDA H., SUZUKI T., MAMO D.-C. Effects of age and age of onset on prescribed antipsychotic dose in schizophrenia spectrum disorders: a survey of 1,418 patients in Japan. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2008, 16, 7, p. 584-593
- (55). RITCHIE C., CHIU E., HARRIGAN S. et al. A comparison of the efficacy and safety of olanzapine and risperidone in the treatment of elderly patients with schizophrenia: an open study of six months duration. *The International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006, 21, p. 171-179
- (56). BARAK Y., SCHAMIR E., MIRECKI I. et al. Switching elderly chronic patients to olanzapine. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2004, 7, p. 165-169
- (57). WIJKSTRA J., LIJMER J., BALK F. et al. Pharmacologic treatment for unipolar psychotic depression. *The British Journal of Psychiatry*, 2006, 188, p. 410-415
- (58). RIECHER-RÖSSLER A., LÖFFLER W., MUNK-JØRGENSEN P. 50 years after Manfred Bleuler. What do we know today about late-onset schizophrenia? *Nervenartz*, 1997, 68, 3, p. 159-170
- (59). TAYLOR M.-A. Late-onset schizophrenia-like psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 2001, 158, 8, p. 1334-1335
- (60). BARAK Y., AIZENBERG D., MIRECKI I. et al. Very-late-onset schizophrenia-like psychosis: clinical and imaging characteristics in comparison with elderly patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2002, 190, 11, p. 733-736
- (61). Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10/ICD-10, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Paris : Masson, 1992, 305 p.
- (62). American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^{ème} éd. Paris : Masson, 2003, 1065 p.

- (63). RIECHER-RÖSSLER A., HÄFNER H., HÄFNER-RANABAUER W. et al. Late-onset schizophrenia versus paranoid psychosis : a valid diagnostic distinction ? The American Journal of Geriatric Psychiatry, 2003, 11, 6, p. 595-604
- (64). CLÉMENT J.-P., MARCHAN F., MORGANT F. et al.. Spécificités des délires du sujet âgé par rapport à l'adulte. Psychologie Médicale, 1993, 25, 7, p. 626-633
- (65). BESSE B., LACOTTE J., TABEL J.-Y. Cardiologie vasculaire réanimation. 2^{ème} édition. Paris : Vernazobres-Gregg, 2000, p. 309-318
- (66). RICORDEAU P., WEILL A., VALLIER N. et al. Epidemiology of diabetes in metropolitan France. Diabetes & Metabolism, 2000, 26, 6, p. 11-24
- (67). FÉNELON G., CAMBIER J., WIDLÖCHER D. Hallucinations, regards croisés. Paris : Eticom (Acanthe), Masson, 2002, 290 p.
- (68). RACAMIER P.-C. Agression et jalousie : deux singuliers visages de la dépression. L'évolution psychiatrique, 1968, 33, p. 291-307

PLAN

INTRODUCTION	19
PREMIÈRE PARTIE : CONNAISSANCES THÉORIQUES CONCERNANT LES TROUBLES DÉLIRANTS D'APPARITION TARDIVE	
1. <u>DÉFINITIONS</u>	22
2. <u>HISTORIQUE</u>	
2.1 <u>Les débuts de la clinique psychiatrique du sujet âgé</u>	23
2.2 <u>L'apport de l'école allemande</u>	24
2.3 <u>La voie de l'école française</u>	25
2.4 <u>Divergences nosographiques</u>	27
2.5 <u>Évolution des concepts à l'heure des classifications internationales</u>	27
2.6 <u>Le consensus international de 2000</u>	28
3. <u>ÉPIDÉMIOLOGIE</u>	
3.1 <u>Prévalence du délire chez le sujet âgé</u>	29
3.2 <u>Prévalence en fonction de l'étiologie du délire</u>	30
3.3 <u>Caractéristiques générales de la population présentant un délire d'apparition tardive</u>	32
3.3.1 Facteurs socio-démographiques	32
3.3.2 Facteurs psycho-sociaux	35
3.3.3 Facteurs médicaux	36
4. <u>DIAGNOSTIQUES ÉTIOLOGIQUES DES TROUBLES DÉLIRANTS DU SUJET ÂGÉ</u>	
4.1 <u>Processus démentiel</u>	38
4.2 <u>Troubles thymiques</u>	40
4.2.1 Syndrome dépressif avec symptômes psychotiques	40
4.2.2 Trouble bipolaire	41

4.3	<u>Confusion mentale</u>	42
4.4	<u>Psychoses</u>	43
4.4.1	Psychoses schizophréniques vieilles	43
4.4.2	Psychoses chroniques systématisées	43
4.4.3	Psychoses schizophréniques de début tardif	45
4.4.4	Le syndrome d'Ekblom	46
4.4.5	Le délire à deux	47
4.5	<u>Causes non psychiatriques</u>	47
5.	<u>CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES TROUBLES PSYCHOTIQUES TARDIFS</u>	
5.1	<u>Mode de début</u>	47
5.2	<u>Symptômes positifs</u>	49
5.2.1	Le syndrome délirant	48
5.2.2	Troubles du comportement	49
5.3	<u>Symptômes négatifs</u>	50
5.4	<u>Désorganisation</u>	50
5.5	<u>Symptômes thymiques</u>	50
6.	<u>CONSIDÉRATIONS ÉTIO-PATHOGÉNIQUES</u>	
6.1	<u>Rôle des œstrogènes</u>	51
6.2	<u>Génétique</u>	52
6.3	<u>Imagerie</u>	53
6.4	<u>Neuro-cognition</u>	54
7.	<u>PSYCHOPATHOLOGIE</u>	
7.1	<u>Rôle des événements de vie</u>	56
7.2	<u>Rôle de la personnalité</u>	57
7.3	<u>Psychopathologie du vieillissement</u>	59
7.4	<u>Fonctions du délire chez le sujet âgé</u>	61
8.	<u>STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES</u>	
8.1	<u>Considérations générales</u>	63

8.1.1	Prise en charge	63
8.1.2	Traitement médicamenteux	63
8.1.3	Place des psychothérapies	64
8.1.4	Autres considérations	65
8.2	<u>Thérapeutiques spécifiques</u>	65
8.2.1	Thérapeutiques dans le cadre des étiologies psychotiques	65
8.2.2	Thérapeutiques dans le cadre des dépressions délirantes	66
8.2.3	Thérapeutiques dans le cadre des pathologies neuro-dégénératives	66
9.	<u>CONSIDÉRATIONS NOSOGRAPHIQUES</u>	
9.1	<u>Validité clinique des entités de schizophrénie tardive et de psychose schizophréniforme d'apparition très tardive</u>	67
9.2	<u>Positions des classifications internationales</u>	68
9.3	<u>Place de la nosographie française</u>	70
DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DE 101 CAS DE DÉLIRES D'APPARITION TARDIVE		
1.	<u>OBJECTIFS DE L'ÉTUDE</u>	73
2.	<u>MÉTHODOLOGIE</u>	
2.1	<u>Caractéristiques de l'étude</u>	73
2.2	<u>Critères d'inclusion et d'exclusion</u>	74
2.3	<u>Recueil des données</u>	74
2.4	<u>Outils statistiques</u>	76
3.	<u>RÉSULTATS</u>	
3.1	<u>Résultats descriptifs</u>	77
3.1.1	Caractéristiques générales	77
3.1.2	Éléments biographiques	79
3.1.3	Antécédents personnels	80
3.1.4	Antécédents familiaux	82
3.1.5	Facteur déclenchant éventuel	83
3.1.6	Motif d'hospitalisation	83

3.1.7	Description clinique	84
3.1.8	Diagnostic retenu	89
3.1.9	Imagerie	90
3.2	<u>Résultats des tests statistiques</u>	91
3.2.1	Test « T » de Student	91
3.2.2	Test du Chi 2	92
3.2.2.1	<i>Présence d'événements de vie</i>	92
3.2.2.2	<i>Présence d'un trouble de la personnalité</i>	94
3.2.2.3	<i>Présence d'hallucinations</i>	97
3.2.2.4	<i>Présence de symptômes thymiques</i>	98
3.2.2.5	<i>Présence de symptômes dissociatifs</i>	99
3.2.2.6	<i>Présence d'angoisse</i>	99
3.2.3	Test du Chi 2 appliqué à des sous-populations	100
3.2.3.1	<i>Population présence/absence d'hallucinations</i>	100
3.2.3.2	<i>Population présence/absence de symptômes thymiques</i>	101
3.2.3.3	<i>Population présence/absence de symptômes dissociatifs</i>	101
3.2.3.4	<i>Population présence/absence d'événements de vie à l'âge adulte</i>	101
3.2.3.5	<i>Population présence/absence d'un trouble de la personnalité</i>	102
3.2.4	Régression logistique	103
3.2.4.1	<i>Présence/absence d'hallucinations</i>	103
3.2.4.2	<i>Présence/absence de symptômes thymiques</i>	105
3.2.4.3	<i>Présence/absence de symptômes dissociatifs</i>	105
3.2.4.4	<i>Présence/absence d'angoisse</i>	105
4.	<u>DISCUSSION</u>	
4.1	Difficultés rencontrées lors du recueil des données et limites de l'étude	106
4.2	A propos des données descriptives	108
4.2.1	Caractéristiques générales	108
4.2.2	Événements de vie	111
4.2.3	Antécédents personnels et familiaux	113
4.2.4	Facteur déclenchant	116
4.2.5	Motif d'hospitalisation	117

4.2.6	Description clinique	118
4.2.7	Diagnostic retenu	124
4.2.8	Imagerie	125
4.3	A propos des données comparatives	126
4.3.1	Interprétation des tests « T » de Student	126
4.3.2	Interprétation des tests du Chi 2	127
4.3.2.1	<i>A propos des événements de vie</i>	127
4.3.2.2	<i>A propos des troubles de la personnalité</i>	129
4.3.2.3	<i>A propos des hallucinations</i>	130
4.3.2.4	<i>A propos des symptômes thymiques</i>	132
4.3.2.5	<i>A propos des symptômes dissociatifs</i>	133
4.3.2.6	<i>A propos de l'angoisse</i>	134
4.3.3	Interprétation des tests du Chi 2 appliqués à des sous-populations	135
4.3.3.1	<i>Population présence/absence d'hallucinations</i>	135
4.3.3.2	<i>Population présence/absence de symptômes thymiques</i>	136
4.3.3.3	<i>Population présence/absence de symptômes dissociatifs</i>	136
4.3.3.4	<i>Population présence/absence d'événements de vie à l'âge adulte</i>	136
4.3.3.5	<i>Population présence/absence d'un trouble de la personnalité</i>	137
4.3.4	Interprétation des régressions logistiques	138
4.3.4.1	<i>Régression logistique concernant les hallucinations</i>	138
4.3.4.2	<i>Régression logistique concernant les symptômes thymiques</i>	139
4.3.4.3	<i>Régression logistique concernant l'angoisse</i>	140
4.4	Perspectives	140
	CONCLUSION	141
	Bibliographie	143
	Annexe	156

QUESTIONNAIRE DE THESE *DELIRE D'APPARITION TARDIVE*

1. CARACTERISTIQUES GENERALES

- Sexe M F
- Âge ans
- Situation maritale marié divorcé veuf (ve) célibataire
- Nombre d'enfants 1 2 3 4 et + aucun
- Mode de vie seul à domicile en couple ou accompagné
en institution
- Présence d'un entourage étayant oui non
- Loisirs / activités oui non
- Niveau d'études arrêt de la scolarité avant le certificat d'études
certificat d'études
baccalauréat
études supérieures

2. ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

- Événement de vie survenu pendant l'enfance oui non

Si oui, précisez le(s)quel(s) :
.....
.....

— Événement de vie survenu à l'âge adulte *oui* *non*

Si oui, précisez le(s)quel(s) :
.....
.....

3. ANTECEDENTS PERSONNELS

— Antécédents psychiatriques *épisode dépressif*
 tentative d'autolyse
 troubles anxieux
 suivi psychiatrique
 autres

— Maladies et /ou facteurs de risque cardio-vasculaires
 hypertension artérielle
 diabète
 obésité/ surcharge pondérale
 dyslipidémie
 tabagisme
 infarctus du myocarde ou angor
 accident vasculaire cérébral
 artériopathie oblitérante des membres inférieurs
 autres

— Désafférentation sensorielle *auditive* *visuelle* *autres*
 Précisez si possible :
.....

— Handicap moteur limitant la mobilité *oui* *non*

— Douleur chronique *oui* *non*

4. ANTECEDENTS FAMILIAUX

- Psychiatriques *épisode délirant d'apparition tardive*
 syndrome dépressif
 psychose chronique
 trouble bipolaire
 tentative d'autolyse
 syndrome démentiel
 autres

Précisez si possible :
.....
.....

- Maladie cardio-vasculaire *oui* *non*
 Si oui, précisez :
.....

5. FACTEUR DECLENCHANT EVENTUEL

- Deuil*
Séparation
Retraite
Pathologie somatique
Changement de mode de vie
Conflit (familial, amical, voisinage...)
Traumatisme
Autres *précisez :*
Pas de facteur déclenchant retrouvé

6. MOTIF(S) D'HOSPITALISATION

- Motif principal
- Motif(s) associés éventuels
-

7. DESCRIPTION CLINIQUE

- Âge de début
- Évolution *aigüe* *subaigüe* *insidieuse*
- Thèmes du délire
 - persécution* *mystique*
 - hypocondriaque* *cosmique*
 - préjudice* *culpabilité*
 - érotomaniaque* *infestation*
 - jalousie* *dépressif*
 - mégalomaniaque* *fantastique*
 - autres* *précisez* :
- Mécanismes du délire
 - interprétatif*
 - intuitif*
 - imaginatif*
 - hallucination* : *auditive* *olfactive*
 - visuelle* *gustative*
 - cénesthésique*
 - illusion* : *auditive* *olfactive*
 - visuelle* *gustative*
 - cénesthésique*
 - syndrome d'influence*
 - automatisme mental*

— Systématisation du délire *systematisé* *non systematisé*

— Extension du délire *en réseau* *en secteur*

— Adhésion au délire *totale* *partielle*

— Perturbation du comportement et du fonctionnement social

agitation *agressivité* *méfiance* *hostilité*
repli *absence de troubles*

— Symptômes dissociatifs *présence* *absence*

En cas de présence, précisez :.....
.....

— Angoisse *présence* *absence*

— Symptômes thymiques *de la sphère dépressive*
 de la sphère maniaque
 absence

En cas de présence de symptômes thymiques, congruence par rapport au délire :
 congruents *non congruents*

— Traits de personnalité éventuels *présence* *absence*

En cas de présence dans quelle catégorie s'intègrent-ils :
.....
.....

8. DIAGNOSTIC RETENU

- Syndrome dépressif*
- Psychose hallucinatoire chronique*
- Paraphrénie*
- Psychose paranoïaque*
- Schizophrénie*
- Syndrome démentiel*
- Trouble bipolaire*
- Absence de diagnostic formel*

— Diagnostic catégoriel CIM 10

8. IMAGERIE

Tomodensitométrie cérébrale

Résultats :

.....

IRM cérébrale

Résultats :

.....

Absence d'imagerie

9. PRISE EN CHARGE POST HOSPITALIERE

- Traitement médicamenteux
- antidépresseur*
 - antipsychotique de nouvelle génération*
 - neuroleptique classique*
 - thymorégulateur*
 - anti-cholinestérasique/mémantine*
 - anxiolytique* *hypnotique*

- Suivi mis en place
 - suivi spécialisé*
 - hospitalisation de jour*
 - suivi de secteur*
 - psychothérapie*
 - aucun suivi envisagé*

10. EVOLUTION POST HOSPITALIERE

- Mode de sortie
 - retour à domicile*
 - retour à domicile avec aides*
 - entrée en institution*
 - retour en institution*
 - changement de lieu d'institutionnalisation*
 - changement de type d'institution*
 - autres*

- Évolution
 - nouvelle hospitalisation pour même épisode*
 - nouvel épisode délirant*
 - enkystement du délire sans évolution*
 - épisode dépressif*
 - processus démentiel débutant*
 - aucun élément évolutif*

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 dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je le parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 3759

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUMÉ

Les troubles délirants d'apparition tardive constituent une entité clinique singulière parmi les troubles psychiques du sujet âgé. Le débat est actuellement orienté autour de la nosographie, depuis qu'un consensus a créé en 2000, la schizophrénie tardive (pour un début des troubles après 45 ans), et la psychose schizophréniforme d'apparition très tardive (pour un début après 60 ans).

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 101 patients hospitalisés pour un trouble délirant d'apparition tardive au centre de psychogériatrie Jean-Marie Léger du C.H. Esquirol à Limoges, entre 2003 et 2007. Etaient exclues les confusions mentales et les démences connues.

Les résultats de ce travail ont retrouvés les grandes caractéristiques épidémiologiques et cliniques décrites dans la littérature : prédominance féminine, isolement socio-affectif, fréquence de la désafférentation sensorielle, grande propension aux hallucinations et absence d'éléments dissociatifs et déficitaires.

A côté de cela, nous avons mis en évidence la grande fréquence, des événements de vie survenus durant l'enfance et l'âge adulte, des troubles de la personnalité et d'événements déclenchant. Ces éléments nous paraissent jouer un rôle primordial dans la genèse de ces troubles, ce qui les distingue fondamentalement des psychoses de l'adulte. Cette dimension psychopathologique nous semble primordiale dans la compréhension de cette pathologie.

TITLE : Late-onset delusion : a 5-years retrospective study at « Jean-Marie Léger geriatric psychiatry center »

SUMMARY

Late-onset psychosis forms a unique clinical entity among psychiatric disorders in the elderly. The debate is currently focused around the nosography since a consensus in 2000 has defined late-onset schizophrenia (when psychosis begins after 45 years-old) and very-late-onset schizophrenia-like psychosis (beginning after 60 years-old).

We have realised a retrospective study about 101 patients hospitalised for psychotic states arising in late life at "Jean-Marie Léger geriatric psychiatry Center" at Esquirol hospital in Limoges, between 2003 and 2007. Delirium and proved dementia were excluded.

The results of this study found the main demographic and clinical characteristics described in the literature: female preponderance, social retirement, frequent sensory deficits, high propensity to hallucinations, less affective flattening and more favourable prognostic.

In addition, we have highlighted the high incidence of, life events occurring during childhood and adulthood, personality disorders and triggering events. These factors seem to play a role, which fundamentally distinguished these disorders from adult psychosis. This psychopathological dimension seems to be a primary mean for understanding these disorders.

PSYCHIATRIE

MOTS-CLÉS: délire d'apparition tardive, psychose tardive, hallucinations, événements de vie, troubles de la personnalité, psychopathologie, sujet âgé, psychogériatrie

**CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL
15 rue du Docteur Marcland
87000 LIMOGES**