

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

N° 030

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de psychiatrie

par

Estelle BOUDOU

née le 21 juin 1987 à Paris (12ème)

Présentée et soutenue publiquement le 20 avril 2017

ÉTATS DÉLIRANTS DU SUJET VIEILLISSANT :

PLACE DE LA GÉRONTOPSYCHIATRIE DANS LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE
ET LA PRISE EN CHARGE.

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Membres du jury :

Madame le Docteur Anne SAUVAGET (directrice)

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Monsieur le Professeur Gilles BERRUT

A Monsieur le Professeur Vanelle

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Depuis le début de mon internat j'ai pu apprécier votre disponibilité auprès des étudiants et votre avidité à partager et à transmettre votre richesse clinique. Vous avez montré de l'intérêt et m'avez aidé à faire émerger ce sujet et je vous en remercie.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Berrut

Vous avez accepté de faire partie de ce jury de thèse. C'est un grand honneur et une richesse inestimable de bénéficier de votre regard de gériatre sur mon travail.

Veillez y trouver le témoignage de ma gratitude et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Arbus

Vous avez accepté de faire partie de ce jury ce qui est un honneur pour moi. J'ai eu l'occasion d'écouter avec intérêt votre présentation lors de votre venue sur Nantes et de m'y appuyer dans la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Sauvaget

Tu m'as fait l'honneur de diriger mon travail. Ta disponibilité et ta grande rigueur m'ont été précieuses pour l'élaboration de ma thèse qui représente pour moi l'aboutissement d'un long chemin. Ton recul et tes réflexions ont été la source d'un enrichissement certain. Tu m'as appris par tes encouragements et ton soutien à aller jusqu'au bout.

Trouve ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

*A mes parents qui représentent mon plus fidèle soutien durant toutes ces années. Merci de m'avoir encouragée dans cette voie. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis. Merci pour votre disponibilité et votre aide.
A mon frère, Vincent, et ma sœur, Camille,*

*A Thibaud, je pourrais t'en écrire des pages et des pages alors merci pour tout, t'avoir quotidiennement à mes côtés est un grand bonheur pour moi.
A Solange*

A Marion, je ne compte plus le nombre d'année mais je ne peux m'empêcher de me remémorer nos fameuses « soirées de blondes ».

A tous les copains de PO :

A Chabal, je me souviens encore de cette rencontre sur le quai de Javel il y a maintenant presque 10 ans, plein de super moments partagés avec toi depuis, je souhaite que ça continue.

A Camca, je t'ai rencontrée tu étais en tortue ninja et depuis les années ont passé mais c'est toujours aussi agréable de partager des moments de rire avec toi.

A mes sous-colleurs : Sofia, JB, Thib, que d'heures passées à potasser mais que de bons moments partagés.

A Marjo et Stéphane, c'est un vrai plaisir de partager votre addiction aux jeux de société.

A la faluche POsienne, une petite pensée pour mes fillot(te)s Istérix et Castafiol.

A la team de Préfailles : Paul, Thib, Cot, Yannick et Elodie, Hélène, Hotman, Mailloux, Baptiste...on n'est pas des machines !

Aux copains du ski, de Lacoste, de Bretagne et de bien d'autres endroits : Sofia et JB, Chloé(s), Marie, Sarah, Laure, Sonia, Claire...

A tous les co-internes nantais.

Mention spéciale pour Gariette (quelques souvenirs en vrac : une galette des rois ratée, un bain à bulle, un pyjama bleu taille 6...), Dr Hillion (des heures et des heures à boire du café...)

*« Pour être longtemps vieux,
Il faut le devenir de bonne heure »*

Cicéron – De la vieillesse, X -

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	12
PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE DU SUJET AGE EN 2017	14
I. Historique.....	14
II. Qu'est-ce que la psychiatrie du sujet âgé?.....	17
A. Terminologie : évolutions et tâtonnements	17
B. Définition retenue.....	19
III. État actuel en France.....	20
A. Épidémiologie.....	20
B. Offre de soins.....	21
C. Textes et plans de santé.....	23
1. Plans de santé.....	23
2. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).....	24
D. Formation.....	26
E. Sociétés savantes.....	27
IV. Qu'en est-il dans les autres pays ?	28
DEUXIEME PARTIE : CAS CLINIQUES.....	30
I. Cas n°1: État dépressif caractérisé tardif avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur.....	30
A. Contexte de la rencontre / Motif d'hospitalisation.....	30
B. Antécédents et éléments biographiques.....	30
1. Antécédents psychiatriques.....	30
2. Antécédents somatiques.....	30
3. Mode de vie.....	31
4. Traitement habituel	31
C. Anamnèse et entretien psychiatrique.....	31
D. Examen somatique / évaluation des cognitions :.....	33
E. Prise en charge	33
II. Cas n°2 : suspicion de démence à corps de Lewy.....	34

A. Contexte de la rencontre / Motif d'hospitalisation.....	34
B. Antécédents et éléments biographiques.....	34
1. Antécédents psychiatriques.....	34
2. Antécédents somatiques.....	35
3. Mode de vie.....	35
4. Traitement habituel.....	35
C. Entretien psychiatrique.....	35
D. Examen somatique / évaluation des cognitions.....	36
E. Prise en charge.....	37
III. Cas n°3 : syndrome démentiel de type Alzheimer.....	38
A. Contexte de la rencontre / Motif d'hospitalisation.....	38
B. Antécédents et éléments biographiques.....	39
1. Antécédents psychiatriques.....	39
2. Antécédents somatiques.....	39
3. Mode de vie.....	39
4. Traitement habituel	40
C. Entretien psychiatrique.....	40
D. Examen somatique / évaluation des cognitions.....	41
E. Prise en charge	41
IV. Cas n°4 : psychose tardive.....	42
A. Contexte de la rencontre / Motif d'hospitalisation.....	42
B. Antécédents et éléments biographiques.....	42
1. Antécédents psychiatriques.....	42
2. Antécédents somatiques.....	43
3. Mode de vie.....	43
4. Traitement habituel.....	44
C. Entretien psychiatrique.....	44
1. Histoire récente.....	44
2. Au cours de l'hospitalisation :.....	46
D. Examen somatique / Évaluation des cognitions.....	46
E. Prise en charge	47
TROISIEME PARTIE : ETATS DELIRANTS DU SUJET VIEILLISSANT.....	49
I. Historique.....	49
II. Épidémiologie / Facteurs favorisants.....	51

A. Généralités.....	52
B. Quelques chiffres selon les étiologies.....	52
C. Facteurs favorisant la survenue de symptômes délirants.....	56
1. Facteurs de risque.....	56
a) Somatiques.....	56
b) Psychiatriques.....	56
c) Sociaux.....	56
d) Individuels.....	57
2. Facteurs protecteurs.....	57
III. Physiopathologie.....	57
IV. Aspect psychopathologique.....	58
A. Vieillesse.....	58
1. Corporel.....	60
2. Psychique.....	61
B. Délire.....	62
C. Vieillesse et délire.....	63
V. Clinique / Sémiologie.....	65
VI. Étiologies.....	70
A. Psychiatriques.....	71
1. Les troubles de l'humeur vieilliss et tardifs.....	71
a) Le syndrome dépressif avec caractéristiques psychotiques.....	71
b) Le trouble bipolaire	74
2. Les troubles psychotiques.....	75
a) Psychoses vieilles.....	75
b) Psychoses tardives.....	77
B. Organiques.....	79
1. Symptômes psycho-comportementaux des démences.....	79
a) La maladie d'Alzheimer.....	80
b) La maladie à corps de Lewy diffus.....	82
c) La démence vasculaire.....	84
d) Démence de la maladie de Parkinson.....	84
2. Iatrogénie médicamenteuse.....	85
3. Confusion.....	85
4. Autres causes organiques.....	86

C. Formes particulières.....	86
1. Le syndrome d'Ekbom.....	86
2. Le syndrome de Charles Bonnet.....	87
3. La folie à deux ou trouble psychotique partagé.....	88
4. La paranoïa des sourds.....	88
5. L'illusion des sosies de Capgras.....	88
VII. Orientation diagnostique.....	89
A. Examen clinique et paraclinique.....	89
B. Échelles d'évaluation.....	90
C. Examen neuropsychologique	91
VIII. Prise en charge.....	92
A. Symptomatique.....	92
1. Mesures non médicamenteuses.....	92
a) Choix du lieu de vie et soins	92
b) Aménagement du lieu de vie	94
c) Rythme de vie	95
d) La psychothérapie.....	96
e) Les soins paramédicaux.....	96
f) Les mesures sociales.....	96
2. Mesures médicamenteuses.....	97
a) Les neuroleptiques.....	97
b) Les benzodiazépines.....	99
c) Les antidépresseurs.....	100
3. Qu'en est-il de la sismothérapie et des autres techniques de neurostimulation ?	100
a) La sismothérapie.....	100
b) La stimulation magnétique transcrânienne répétée.....	101
c) La stimulation transcrânienne à courant direct.....	102
B. Quelques particularités selon l'étiologie.....	102
1. Syndrome démentiel.....	102
2. Psychoses vieilles.....	102
3. Troubles de l'humeur.....	103
4. Troubles du spectre de la schizophrénie.....	103
5. Troubles délirants persistants	104

6. Confusion.....	104
QUATRIEME PARTIE: DISCUSSION	105
1. Cas n°1 : état dépressif caractérisé tardif avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur.....	105
2. Cas n°2 : suspicion de démence à corps de Lewy.....	107
3. Cas n°3 : syndrome démentiel de type Alzheimer.....	110
4. Cas n°4 : psychose tardive.....	111
5. Finalement, quelle est la place de la gérontopsychiatrie ?.....	113
6. Synthèse.....	115
CONCLUSION.....	117
BIBLIOGRAPHIE.....	120

LISTE DES ABREVIATIONS

AFFEP	Association française fédérative des étudiants en psychiatrie
AMM	Autorisation de mise sur la marché
APA	American psychiatric association
AVC	Accident vasculaire cérébral
BREF	Batterie rapide d'efficience frontale
DES	Diplôme d'études supérieures
DESC	Diplôme d'études supérieures complémentaires
DSM	Diagnostic and statistical manual
EAGP	Association européenne de gérontopsychiatrie
ECG	Électrocardiogramme
ECT	Electro-convulsivo-thérapie
EEG	Électroencéphalogramme
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESPT	État de stress post-traumatique
FRCV	Facteurs de risque cardio-vasculaire
HAS	Haute Autorité de Santé
IADL	Activité instrumentale de la vie quotidienne
INSEE	Institut nationale de statistiques et d'études économiques
MADRS	Montgomery and Asberg Depression Rating Scale
MMS	Mini mental state examination
MOCA	Montréal Cognitive Assessment
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
rTMS	Stimulation magnétique transcrânienne répétée
SPCD	Symptômes psycho-comportementaux de la démence
SPDT	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
tDCS	Stimulation transcrânienne à courant direct
TDM	Tomodensitométrie
UCC	Unité cognitivo-comportementale
UHR	Unité d'hébergement renforcé
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WPA	World psychiatric association

INTRODUCTION

La pratique psychiatrique confronte le médecin à rencontrer des réalités bien différentes de la sienne. Ces aventures hors du monde que nous font partager les patients nous invitent à se questionner sur leurs troubles et l'aide à leurs apporter. Mais quand il s'agit d'un patient délirant âgé le raisonnement est tout autre. C'est le sujet sur lequel j'ai choisi de m'arrêter après avoir rencontré de telles situations cliniques qui m'ont conduite à m'interroger sur leurs symptomatologies inhabituelles et leurs prises en charge singulières.

Cette problématique ainsi que l'ensemble des troubles psychiques du sujet âgé sont en pleine expansion avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement incessant des populations.

Les états délirants ne sont pas sans conséquences pour le patient et pour ses proches puisqu'ils sont très souvent à l'origine de troubles de comportement comme l'agitation ou l'agressivité, compromettant le maintien à domicile. Ils se répercutent également sur la morbidité en augmentant en outre le déclin fonctionnel et cognitif. Ils prolongent la durée d'hospitalisation et entraînent un recours plus fréquent à des convalescences. Ils augmentent le taux de mortalité.

Le concept d'âgé ou de vieillesse reste instable et mouvant d'un point de vue temporel d'une part, mais aussi culturel ou social. Alors que dans l'Antiquité le vieillard incarnait la sagesse et le respect, actuellement il en est tout autre. La vieillesse revêt un caractère plutôt péjoratif derrière une idée de déchéance. Elle varie entre 45 et 65 ans selon les référentiels.

L'état délirant est une désorganisation du fonctionnement psychique du sujet qui survient assez facilement chez le sujet âgé et signe une tentative d'adaptation du sujet face à une situation. Il peut être pathologique ou non. La difficulté réside dans la réalisation d'une évaluation soigneuse permettant de s'arrêter sur un diagnostic et d'élaborer une prise en charge adaptée. En effet, chez le sujet âgé, la clinique et

l'évolution des troubles psychiques diffèrent de celle de l'adulte plus jeune et il faut de plus tenir compte de l'état cognitif et des comorbidités somatiques. L'éventail étiologique est plus large et englobe entre autre tout le champ des syndromes démentiels.

Souvent d'origine multifactoriel, les états délirants se situent aux confins de plusieurs disciplines et nécessitent donc une concertation entre différents acteurs. C'est là que prend tout son sens et toute sa pertinence la création de la gérontopsychiatrie par son caractère contemporain et transversal.

Cet exposé commencera dans une première partie par une présentation de la psychiatrie du sujet âgé. Puis nous nous arrêterons sur les situations cliniques qui ont suscité ce travail avant de développer les différents états délirants du sujet âgé. Enfin des réflexions autour des cas cliniques présentés seront discutées.

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE DU SUJET AGE EN 2017

I. Historique

Jusqu'au XVIIIème siècle, il n'y a que peu d'intérêt pour les troubles psychiques des sujets âgés. Il est retrouvé néanmoins des descriptions cliniques anciennes dans des textes littéraires antiques. Ainsi, Juvenal, un poète satirique latin du 1er siècle après JC proclamait : « Mais il y a pires misères que celles du corps ; le vieillard perd l'esprit, oublie le nom de ses esclaves, ne reconnaît pas un ami qui soupait avec lui la veille, ni même ses enfants et qu'il a élevés. » (Satire X).

De même Erasme, à propos du vieillissement dans son œuvre *Éloge de la folie* (1511) écrivait « Quand ils grandissent, étudient et prennent l'usage de la vie, leur grâce se fane, leur vivacité languit, leur gaîté se refroidit, leur vigueur baisse. A mesure que l'homme m'écarte, il vit de moins en moins. Enfin, voici l'importune vieillesse, à charge à autrui comme à elle-même, et que personne ne pourrait supporter, si je ne venais encore secourir tant de misères. » (Albou 2006)

Vers la fin du XVIIIème siècle, le vieillard commence à être davantage considéré. Il est créé par la Convention, des **établissements d'accueil pour les personnes âgées**. Puis en 1838, avec la loi sur le traitement et l'accueil des malades mentaux dans des établissements spécifiques, de nombreux patients âgés, principalement déments sont admis dans les hôpitaux psychiatriques. C'est cette part importante des patients âgés dans les hôpitaux qui va progressivement pousser les psychiatres à développer leurs connaissances dans ce domaine. (Tessier et al. 2003)

Dans le même temps, il apparaît une **évolution du mot « démence »** qui était jusque-là plutôt utilisé dans le langage courant dans le sens de **folie** (du latin demens qui signifie folie). Ce terme est alors utilisé également dans le langage médical dans le cadre des **maladies mentales**. En 1810, il est ainsi cité dans le Code pénal : « il n'y a ni crime

ni délit lorsque le prévenu est en état de démence au moment de l'action » (article 64). Kraepelin parle lui de « **démence précoce** » pour qualifier une affection psychiatrique.

En France, grâce à Pinel (1745-1826) puis son élève Esquirol ce terme va s'affiner et se préciser.

Pinel parle d'une « succession rapide, ou plutôt alternative non interrompue d'idées isolées et d'émotions légères et disparates, de mouvements désordonnés et d'actes successifs, d'extravagance, d'oubli complet de tout état antérieur, d'abolition de la faculté d'apercevoir les objets par les impressions faites sur les sens, d'oblitération du jugement, d'activité continuelle sans but et sans dessein, et de nul sentiment de son existence”

Puis Esquirol la décrit comme « une affection cérébrale, ordinairement sans fièvre et chronique, caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté : l'incohérence des idées, le défaut de spontanéité intellectuelle et morale sont les signes de cette affection ».

Pour Pinel comme pour Esquirol il s'agit d'un **stade terminal d'un état mental** neurologique ou organique. (Léger 2007; Albou 2006)

Vers la fin du XIXème et le début XXème siècle, les troubles mentaux à début tardif commencent à être mieux décrits.

Des auteurs comme Rostan (1790-1866) puis Charcot (1823-1893) parlent de **pathologie psychique d'involution**, c'est à dire d'une pathologie qui serait acquise avec le temps, par opposition aux maladies constitutionnelles qui sont indépendantes de l'âge et qui à cette époque rentraient dans le cadre de la dégénérescence. (Albou 2006)

En Allemagne, Kraepelin (1856-1926) évoque la **mélancolie d'involution** qui présente une évolution différente de la psychose maniaco-dépressive classique de l'adulte d'âge moyen. Il relate des descriptions de délire de préjudice sénile, des paraphrénies tardives et des psychoses hallucinatoires chroniques. Il décrit le délire de préjudice sénile comme un trouble initial du comportement auquel s'associe des idées d'hypocondrie avant l'apparition des idées délirantes de préjudice telles que des vols, des intrusions au domicile, des idées de nuisance volontaire, de méfiance, un isolement, avec des capacités intellectuelles généralement préservées. (Albou 2006; Léger 2007)

Au début du XXème siècle les chercheurs en neuro-anatomie s'affairent pour tenter de caractériser l'anatomique et l'histologique des démences (corticale, sous-corticale, fronto-temporale, à corps de Pick, à corps de Lewy...). (Albou 2006; Léger 2007)

C'est vers le milieu du XXème siècle que se développe la **gériatrie** en réponse au vieillissement des populations. Dans ce sillage, va progressivement se dessiner la **gérontopsychiatrie**.

Dans les années 1950, Henri Baruk (1897-1999), psychiatre français, propose la création d'**unité de gérontopsychiatrie** pour désengorger les services psychiatriques des patients âgés présentant des troubles psychiques de la sénescence. (Léger 2007; Tessier et al. 2003)

Lucien Bonnafé (1912-2003), psychiatre français, acteur primordial dans l'organisation sectorielle de la psychiatrie, initie la création d'**équipes médico-sociales** pour aider les familles des patients ayant des troubles cognitifs graves. (Léger 2007; Tessier et al. 2003)

L'année 1970 voit émerger le terme de **psychogériatrie**. Il s'agit alors d'une approche centrée sur la prise en charge globale de la personne âgée et sur la préservation de l'autonomie. Elle serait différente de la gérontopsychiatrie par son approche du sujet âgé dans son intégralité (psychodynamique, biologique, somatique, psychiatrique...). (Hazif-Thomas, Peix, et Thomas 2010)

Jean Wertheimer (1933-1999), psychogériatre Suisse, disait en 1984 : «Le développement de la psychogériatrie est tributaire de quatre facteurs principaux : la démographie, la mentalité médicale, la prise de conscience politique et les structures médico-sociales». Il est l'initiateur entre 1996 et 1998 de trois conférences de consensus pour une réflexion autour de la prise en charge psychiatrique plus spécifique des personnes âgées. La première en 1996 sur la psychogériatrie (*psychiatry of the elderly, a consensus statement, division of mental health and prevention of substance abuse world health organization, Geneva*), la deuxième l'année suivante sur l'organisation des soins (*Programme of mental health, Organization of Care in Psychiatry of the Elderly, a technical consensus statement, Geneva*), et la dernière en 1998 sur l'enseignement (*Education in Psychiatry of the Elderly, a technical consensus statement, Geneva*). (L. Cohen, Desmidt, et Limosin 2014)

Enfin en 1996 l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la psychiatrie de la personne âgée comme une « branche de la psychiatrie qui a pour objectifs généraux de dépister, traiter, évaluer, prendre en charge tous les types de pathologies psychiatriques du sujet âgé, y compris les troubles organiques et leurs conséquences ». (L. Cohen, Desmidt, et Limosin 2014)

II. Qu'est-ce que la psychiatrie du sujet âgé?

A. Terminologie : évolutions et tâtonnements

Au fil du temps, la psychiatrie du sujet âgé se dessine, se précise, évolue, tâtonne. Il en est de même pour sa terminologie qui voit se succéder, s'entremêler des concepts qui se modifient sans cesse par l'adjonction de préfixe, de suffixe, de précisions : neuro-psychiatrie des vieillards, psychogériatrie, géro-psychiatrie, gérontopsychiatrie, psychiatrie du sujet âgé. Actuellement certaines dénominations ne sont plus utilisées.

Ainsi en 1952 Henri Baruk (1897-1999), un psychiatre français, lors d'un congrès de gérontologie présente un rapport qu'il intitule **neuropsychiatrie des vieillards**. La même année Briau dans une publication (« Quelques réflexions sur les problèmes de la vieillesse ») parlera de **géro-psychiatrie**. A peine trois ans plus tard, Baruk crée un service hospitalier au sein de la maison nationale de Saint-Maurice, spécialisé dans cette discipline qu'il appelle **gériatrie psychiatrique**. Claude Balier (1925-2013), psychiatre français, en 1965 crée lui aussi un centre spécialisé consacré au traitement de jour pour les personnes âgées qu'il choisit d'appeler **psychiatrie gériatrique**. Il est destiné à l'ensemble des pathologies psychiatriques du grand âge que le trouble soit déjà connu ou tardif auxquelles s'ajoute le déclin cognitif lié au vieillissement. Ce terme sera plutôt utilisé par l'école anglosaxonne avant d'évoluer vers celui de « old age psychiatry ». Cela montre bien le tâtonnement auquel sont confrontés les spécialistes face à cette discipline émergente. (Albou 2006; Hazif-Thomas, Peix, et Thomas 2010; Philippe Jaulin 2012)

A peu près à la même période apparaissent les mots : gérontopsychiatrie, psychogériatrie, psychiatrie du sujet âgé, qui sont encore fréquemment usités de nos jours.

Le terme **gérontopsychiatrie** voit le jour en 1961 avec l'ouverture d'un service portant ce nom à l'hôpital Saint-Anne. Quelques années plus tard, Jean-Marie Léger et Jean-François Tessier ouvriront également sur Limoges une unité de gérontopsychiatrie. Christian Müller (1921-2013), puis Jean Wertheimer le reprennent dans des ouvrages sur le sujet. (Albou 2006)

La **psychogériatrie** est quasi contemporaine. Italo Simeone, en 1965 à Genève ouvre une consultation de psychogériatrie. D'autres lui succéderont. Vers les années 80, ce terme apparaîtra aussi dans des publications. Il a pour objectif l'hygiène mentale de l'âgé, les conséquences du vieillissement normal ou pathologique, les problèmes relationnels ou comportementaux survenant au cours des soins, mais aussi la guidance de la conduite du soignant ou des proches auprès du sujet âgé. (Albou 2006; Hazif-Thomas, Peix, et Thomas 2010)

Plus récemment, Jean-Marie Léger, Jean-Pierre Clément et Jean Wertheimer publient un ouvrage sur le sujet qu'ils choisissent d'intituler **psychiatrie du sujet âgé**. (Albou 2006)

Actuellement, nous parlons plus volontiers de gérontopsychiatrie ou de psychiatrie du sujet âgé pour évoquer des troubles psychiques des personnes âgées, qu'ils soient inauguraux ou non. La distinction gérontopsychiatrie, psychiatrie du sujet âgé n'est pas clairement définie. (L. Cohen, Desmidt, et Limosin 2014)

Plus grossièrement, la gérontopsychiatrie se rattache à la psychiatrie et concerne la personne âgée, et la psychogériatrie est une branche de la gériatrie qui s'intéresse à la psychiatrie. (Hanon 2015)

Jean-Marie Léger en 1999, résumait les choses de la façon suivante : la psychiatrie du sujet âgé ou la gérontopsychiatrie sont préférées lorsque les troubles psychiatriques prédominent, alors que la psychogériatrie est plutôt d'abord gériatrique. (Albou 2006)

Pour certains, le concept de psychogériatrie traite plus spécifiquement de l'évaluation et la prise en charge des symptômes psycho-comportementaux survenant dans le cadre des pathologies neurodégénératives et cérébrovasculaires. (L. Cohen, Desmidt, et Limosin 2014)

Pour d'autres, la psychogériatrie est une approche globale qui rassemble la psychologie de la personne âgée, la psychiatrie, la gériatrie et la sociologie. Du point de vue des patients cette appellation est parfois préférée notamment si les troubles du comportement nécessitant l'intervention d'un psychiatre surviennent sur un tableau somatique, tant l'image de la folie se rattache encore à la psychiatrie actuellement. (Hazif-Thomas, Peix, et Thomas 2010)

Le terme gérontopsychiatrie est aussi utilisé en miroir du terme de pédopsychiatrie. Il concerne davantage l'ensemble de la prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé. (Hazif-Thomas, Peix, et Thomas 2010)

Au final, **la prépondérance du tableau gériatrique ou psychiatrique** détermine la terminologie et l'abord médical. Quoi qu'il en soit, la concertation entre les psychiatres et les gériatres reste primordiale.

B. Définition retenue

La gérontopsychiatrie regroupe généralement des patients âgés de **60 ans et plus** présentant une pathologie psychiatrique chronique déjà connue ou aux personnes qui avec la sénescence vont développer un trouble psychiatrique. (Raucher-Chéné et al. 2011; Hanon 2015)

Depuis 1996, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la gérontopsychiatrie est une « **branche de la psychiatrie** ».

C'est une discipline récente qui émerge en parallèle de l'allongement de l'espérance de vie et du vieillissement de la population et se trouve aux confins de plusieurs spécialités : psychiatrie, gériatrie, psychologie du vieillissement, neurologie, ce qui concourt à sa grande richesse comme à sa difficulté.

(Clément 2005; Albou 2006)

La distinction gérontopsychiatrie, psychiatrie du sujet âgé n'étant pas clairement définie, j'ai utilisé dans l'intitulé de cet exposé le terme de gérontopsychiatrie en miroir de celui de pédopsychiatrie utilisé pour la psychiatrie consacrée à l'enfant et l'adolescent. Il est me semble-t-il plus couramment employé actuellement et revêt d'un point de vue sémantique un caractère pratique car il est plus court que « psychiatrie du sujet âgé ». De plus, il marque davantage une distinction par rapport au psychiatre de l'adulte qui se présente comme « psychiatre » et non comme « psychiatre de l'adulte », de même pour le pédopsychiatre qui utilise plus volontiers ce terme plutôt que celui de psychiatre de l'enfant et de l'adolescent.

III. État actuel en France

A. Épidémiologie

Actuellement nous connaissons un **vieillissement croissant de la population**. Les chiffres de l'INSEE (Institut Nationale de Statistiques et d'Études Économiques) vont dans ce sens. Ce vieillissement, au delà des conséquences sanitaires, représente un réel problème car il existe une disproportion par rapport aux sujets plus jeunes ce qui crée un phénomène de transition démographique avec des particularités culturelles et économiques dont il faut tenir compte. (Berrut 2014)

En 2017, les plus de 60 ans recensés en France sont 16 918 125 soit environ 25% de la population française. (INSEE 2017b) .Cela représente un quart de la population, mais pour les statisticiens en 2060 les plus de 60 ans seront d'environ un tiers (33,4%) de

la population générale (Blanpain et Chardon 2010), et en 2070 ils seront près de 35% (INSEE 2017b).

En 2016, l'espérance de vie à la naissance est de 79,3 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes. (INSEE 2017a)

Ce vieillissement de la population est à prendre en compte dans l'organisation des soins. Il représente à l'heure actuelle un enjeu majeur de santé publique du fait des conséquences sanitaires, sociales et économiques. Cette population, dont le niveau de dépendance est à considérer, nécessite des soins spécifiques et adaptés.

Les **troubles psychiques** sont l'une des premières causes de morbidité chez le sujet âgé. Ils diminuent la qualité de vie et l'autonomie fonctionnelle, majorent l'incapacité et ont un impact négatif sur l'évolution d'une pathologie somatique. Selon l'OMS, les maladies mentales seraient au deuxième rang de l'incapacité, juste derrière les maladies cardio-vasculaires. Dans ce sens, la tendance va vers une augmentation en psychiatrie d'hospitalisations de sujet âgé. (L. Cohen, Desmidt, et Limosin 2014)

B. Offre de soins

A ce jour, il existe une **disparité territoriale** notable dans la disponibilité de l'offre de soins en gérontopsychiatrie. De même, l'accessibilité aux soins pour les personnes âgées présentant des troubles psychiques reste assez médiocre. En effet il persiste une frilosité à accueillir ces patients dans les services de psychiatrie de part leurs symptomatologies atypiques et mal diagnostiquées par rapport à l'adulte, ou du fait du tableau démentiel jugé trop organique ou encore à cause de certaines représentations sociales du sujet âgé souffrant de troubles psychiques les rapprochant de l'idée de folie et d'enfermement. (Hazif-Thomas, Peix, et Thomas 2010)

L'idéal reste une organisation **multidisciplinaire en réseau**.

Plusieurs spécialistes dans le domaine ont réfléchi à une modélisation optimale et

réaliste de l'offre de soins. Ce modèle possède trois niveaux.

Le premier niveau concerne les **soins de proximité**, c'est à dire le dépistage et l'orientation vers des soins spécialisés. Il a lieu à l'échelle locale. Les acteurs en sont principalement les médecins traitants et les intervenants médico-sociaux.

Au niveau psychiatrique, il privilégie la continuité du parcours de soins afin d'éviter les ruptures entre âge adulte et sujet âgé. L'objectif est de privilégier les alternatives à l'hospitalisation complète.

Des dispositifs visent à faciliter la lisibilité de l'offre de soins pour le patient et les professionnels.

(L. Cohen, Desmidt, et Limosin 2014; Limosin 2015)

Le deuxième niveau se situe à l'**échelle départementale**. Il existe une certaine harmonisation territoriale pour l'élaboration des programmes, des formations, des recommandations de bonnes pratiques.

En pratique cela correspond à des hôpitaux de jours spécifiques, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel spécifiques, à la mise en place d'équipes mobiles intersectorielles d'évaluation, des consultations spécialisées, des lits d'hospitalisation dédiés, des parcours de soins intégré pour les cas complexes.

Le recours à ce niveau de prise en charge nécessite une coordination avec un médecin référent, un dossier commun...

(Raucher-Chéné et al. 2011; L. Cohen, Desmidt, et Limosin 2014; Limosin 2015)

Le niveau trois se situe à l'**échelle nationale** avec des référents régionales. Ils élaborent des réflexions autour de la formation, de la recherche, de l'expertise des cas complexes. C'est aussi la création de comité technique régional en psychiatrie du sujet âgé associant usagers et professionnels.

(L. Cohen, Desmidt, et Limosin 2014; Limosin 2015)

C. Textes et plans de santé

Il n'existe à ce jour aucune recommandation spécifique en gérontopsychiatrie, mais la psychiatrie commence à apparaître dans des documents de références du domaine gériatrique. Il en est de même concernant l'état délirant du sujet âgé. Ceci du fait d'une part de la grande variété des pathologies concernées et d'autre part de l'absence de thérapeutique spécifique.

1. Plans de santé

Le **deuxième plan Alzheimer 2004-2007**, dont la particularité est la création de **centres mémoires de proximité** pour un diagnostic plus précoce, mentionne la possibilité de disposer d'un psychiatre ce qui représente une nouveauté par rapport au premier plan Alzheimer qui ne faisait aucune référence à la psychiatrie.

Le **troisième plan Alzheimer 2008-2012** continue dans cet élan en créant des unités spécialisées pour prendre en compte la dimension psycho-comportementale de la maladie.

De cette manière, il apparaît des **unités cognitivo-comportementales** (UCC) qui correspondent à des soins de suite et de réadaptation cognitivo-comportementale.

Il se crée également des unités spécialisées au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), à savoir les **pôles d'activités et de soins adaptés** (PASA) qui sont l'équivalent d'hôpitaux de jour au sein de l'EHPAD, et les **unités d'hébergement renforcé** (UHR). Il s'agit d'unités de soins et d'activités adaptées proposant pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation.

De même dans la continuité du plan précédant il mentionne la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire dont un psychiatre dans les centres mémoires.

Depuis août 2016, l'avis psychiatrique est systématique pour l'admission dans un UCC ou une UHR.

Dans le **plan santé 2014-2019** qui traite des maladies neuro-dégénératives, il n'y aura que très peu de nouveautés au niveau psychiatrique à l'instar de ses deux prédécesseurs. Les mesures précédentes seront pour la plupart poursuivies. La place du psychiatre en collaboration avec le gériatre au sein des UCC sera conservée. Néanmoins il sera valorisé la mise en place d'une expertise transversale dans l'évaluation des maladies neuro-dégénératives intégrant des psychiatres. Il sera aussi mentionné une mesure sur la prise en compte de la souffrance psychique et la possibilité d'avoir recours à un psychiatre dans ce contexte.

2. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

En voici quelques-une par ordre chronologique dans lesquelles s'entrecroisent la psychiatrie et la personne âgée.

En octobre 2007, la HAS est sollicitée pour participer dans le cadre d'actions concertées à la réalisation d'un document concernant spécifiquement la thérapeutique psychiatrique de la personne âgée qui porte l'intitulé suivant : « **Amélioration de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé** ».

En mai 2009, la HAS publie le document suivant : « **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs** ».

Dans ce texte il est recommandé de demander l'avis d'un autre professionnel spécialisé (psychiatre, psychologue, neurologue, gériatre) en cas de comportement difficile à gérer ou à risque d'aggravation à court terme, de désadaptation de l'environnement, de danger pour le patient ou pour autrui.

Il est mentionné les démarches à suivre en cas de nécessité d'hospitalisation. Si une

hospitalisation dans le service spécialisé n'est pas possible ou que le patient refuse, une hospitalisation à la demande d'un tiers peut être envisagée dans un établissement public de psychiatrie de façon très exceptionnelle. Il est recommandé d'informer le patient et sa famille de l'hospitalisation et de tenter de lui faire comprendre l'intérêt et la nécessité de cette prise en charge.

Cette hospitalisation vise uniquement les soins et non l'institutionnalisation. Elle est faisable si les trois conditions suivantes sont réunies :

- il est nécessaire d'hospitaliser le patient car les troubles qu'il présente ne peuvent pas être pris en charge autrement ;
- les troubles font courir un danger pour lui-même ou pour autrui, ou risquent de compromettre à court terme son équilibre ou sa santé ;
- il ne peut consentir de façon fiable à l'hospitalisation en raison des troubles psychiques qu'il présente.

En mai 2009, un texte intitulé: « **Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation** » est écrit. Il n'y a pas de mention particulière concernant l'intervention systématique du psychiatre, mais les causes psychiatriques sont à rechercher après élimination des causes somatiques.

En septembre 2009, la HAS publie le texte suivant : « **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic** » dans lequel il est possible d'avoir recours à un psychiatre.

En décembre 2011, la HAS publie le texte suivant: « **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge** ».

Le psychiatre peut être sollicité pour établir un diagnostic de maladie au même titre que ses confrères gériatres ou neurologues dans une perspective multidisciplinaire.

Une évaluation psychique et comportementale est prévue dans la démarche diagnostique, notamment pour le diagnostic différentiel avec la dépression. Les traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer, les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, galantamine, rivastigmine) et un antiglutamate (mémantine) peuvent être primoprescrits par un psychiatre.

En juillet 2014, la HAS publie le texte : « **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge de l'apathie** ».

Il peut être fait appel à un psychiatre idéalement un gériopsychiatre pour le diagnostic différentiel avec la dépression.

D. Formation

Actuellement la gériopsychiatrie en France n'est pas reconnue comme une subsécialité de la psychiatrie, au même titre que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mais les mentalités tendent à changer. (L. Cohen, Desmidt, et Limosin 2014; Limosin 2015)

Elle a même eu tendance pour certains points (enseignement, recherche) à glisser vers le domaine de la gériatrie. (P. Charazac 2006)

Il existe des diplômes universitaires ou interuniversitaires dans certaines villes de France. Une réflexion autour de la création d'un DESC est initiée.

Au début des années 2000, grâce à l'intervention d'associations savantes la psychiatrie du sujet âgé voit le jour dans la formation générale des psychiatres. Ainsi, la world psychiatric association (WPA) préconise une formation dès le 2ème cycle sous la forme de 6 à 8h de formation par an pendant trois ans. (Clément 2005)

Un travail conjoint entre la WPA, l'organisation mondiale de la santé (OMS) et l'association européenne de gériopsychiatrie (EAGP) va de cette façon élaborer un curriculum qui stipule que tout psychiatre de l'adulte doit avoir des connaissances et des compétences dans la prise en charge des personnes âgées sur les plans biologique, psychologique et sociologique. (*Core Curriculum in Psychiatry for Medical Student*, revu et corrigé

l'année suivante et publié sous le nom de *Core Training Curriculum for Psychiatry*)

(Hanon 2015; Hanon et Camus 2010; L. Cohen, Desmidt, et Limosin 2014)

En France, une réflexion est en cours depuis 2014 pour réformer le troisième cycle des études médicales dont le diplôme d'étude supérieur (DES) de psychiatrie d'ici novembre 2017. Plusieurs pistes sont explorées dont une dans laquelle il serait possible de choisir une option en réalisant son DES sur cinq ans au lieu de quatre. La psychiatrie du sujet âgé serait une option au même titre que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie médico-légale. (Lepetit 2015)

Une enquête réalisée en 2013 par l'association française fédérative des étudiants en psychiatrie (AFFEP) auprès des représentants des vingt-huit subdivisions a recherché les modalités d'enseignement et de pratique de la psychiatrie de la personne âgée pendant l'internat. Dans 96% des cas, il y a des cours dédiés à l'enseignement de la gériopsychiatrie dans le programme des quatre années du diplôme d'études supérieures. Le volume horaire moyen est de 11,5 heures. L'inscription à un diplôme universitaire ou inter-universitaire de psychiatrie de la personne âgée est possible dans 50% des cas.

Le fait qu'un enseignement minimal soit dispensé dans presque toutes les villes confirme la prise en compte par les professionnels du vieillissement de la population. La création croissante des possibilités d'approfondissement des connaissances dans ce domaine va dans le sens d'une prise de conscience de la demande des soignants. (Lepetit et al. 2014)

E. Sociétés savantes

C'est grâce aux organisations savantes que la psychiatrie du sujet âgé a pu s'affirmer et connaître un certain essor en termes de réflexion, de partage des savoirs, de conception d'outil, d'enseignement et de développement de la recherche. (hanon 2015)

En 1970, l'association mondiale de psychiatrie crée une section de gériatrie. Quelques années plus tard, en 1978, l'américain psychiatric association (APA) fait de même.

Entre temps, en 1972, à l'échelle européenne, se forme l'association européenne de gérontopsychiatrie (EAGP).

(Hanon 2015)

Voici une liste non exhaustive de ce qu'il existe aujourd'hui :

- La **société de psychogériatrie de langue française (SPLF)**. Elle a été créée en 1982 à Limoges. Elle compte pas loin de 250 membres. Il y a environ un congrès par an.

- L'**international psycho-geriatric association**. Son premier congrès a eu lieu en 1981 sur la problématique suivante : vieillissement et santé mentale.

- L'**European association of geriatric psychiatric (EAGP)**

- La **World psychiatric association (WPA)**.

- L'association du **congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (CPNLF)**

- L'**European federation of psychiatric trainees (EFPT)**

(Clément 2005; Hanon 2015)

IV. Qu'en est-il dans les autres pays ?

Il existe des disparités selon les pays. Les pionniers de la discipline sont les Anglo-saxons dont les principaux acteurs sont : Sir Martin Roth, Raymond Levy, Cornelius Katona. (Clément 2005; Hanon et Camus 2010)

Dans certains pays européens la gérontopsychiatrie est reconnue comme une

surspécialité. Une enquête réalisée en 2007 sur les seize pays membres de l'european federation of psychiatric trainees (EFPT), montrait que sept de ces pays reconnaissent la psychiatrie de la personne âgée comme une surspécialité, et quatorze considèrent la gériatrie comme une surspécialité. Les trois quarts pratiquent une formation théorique sur la psychiatrie de la personne âgée, mais seuls cinq pays imposaient la réalisation d'un stage pratique. (Clément 2005; Hanon 2015)

Sept ans plus tard en 2014, une enquête auprès des trente-deux pays membres de l'EFPT retrouvait la pratique d'une formation spécifique dans vingt-quatre de ces pays, et la reconnaissance comme une sous-spécialité dans dix pays. (Hanon 2015)

Actuellement à l'échelle européenne, **27% des pays reconnaissent la psychiatrie de la personne âgée comme une surspécialité**, 86% des pays ont une formation spécifique et 83% des pays ont des dispositifs de soins dédiés (structures, consultations). (Hanon 2015)

La gérontopsychiatrie reste aujourd'hui encore assez mouvante bien que ses contours deviennent plus nets. Cette discipline en pleine émergence est de mieux en mieux considérée notamment par les psychiatres de l'adulte qui reçoivent de plus en plus de patients âgés et sont parfois démunis face à cette population qui possède certaines spécificités.

Voici quatre situations cliniques que j'ai rencontrées au cours de mon internat et qui m'ont conduite à me poser des questions, à faire des recherches et à m'inscrire dans une formation complémentaire. La première est le point de départ de ce travail.

DEUXIEME PARTIE : CAS CLINIQUES

I. Cas n°1: État dépressif caractérisé tardif avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur

A. Contexte de la rencontre / Motif d'hospitalisation

Il s'agit d'une patiente de 68 ans adressée par son médecin traitant en consultation de psychiatrie de secteur devant un syndrome dépressif.

B. Antécédents et éléments biographiques

1. Antécédents psychiatriques

Elle aurait présenté un état dépressif caractérisé en 2005, à l'âge de 59 ans, suite à la naissance de sa première petite fille qui aurait eu des complications post-accouchement. Il n'y a à ce moment-là pas eu d'hospitalisation en psychiatrie, ni de consultation spécialisée. La patiente aurait reçu un traitement antidépresseur par son médecin traitant ce qui aurait été suffisant.

2. Antécédents somatiques

- Pneumopathie.
- Nodules thyroïdiens non explorés. Hormones thyroïdiennes normales.

- Ténosynovite des longs fléchisseurs de la main droite.
- Antécédents de maladie d'Alzheimer chez sa mère défunte et chez un de ses frères.

3. Mode de vie

Mme P. vit à domicile avec son mari. Elle est mère de trois enfants dont deux filles dans la région. Elle est la 7^{ème} d'une fratrie de douze enfants.

Elle a deux petites-filles dont elle s'occupe habituellement le soir après l'école. Elle occupe le reste de son temps à entretenir sa maison, faire la cuisine, faire des mots fléchés et jouer dans un club de carte (tarot/belote).

Elle a travaillé d'abord comme institutrice, puis comme nourrice agréée, puis comme secrétaire dans la société de son mari avant de prendre sa retraite.

Elle n'a pas d'aide à domicile.

4. Traitement habituel

- Escitalopram 5 mg/j
- Alprazolam 0,25 mg *4/j

C. Anamnèse et entretien psychiatrique

Le début des troubles remonte à quelques mois auparavant (août 2014) à la suite d'une infection pulmonaire ayant entraîné un stress important avec la conviction d'être atteinte d'une maladie grave (cancer du poumon). Elle présentait des symptômes de type crachats sanguinolents, source d'une grande inquiétude. Malgré tout, elle tarde à consulter les médecins. Elle les consulte tout de même trois semaines plus tard. Il est

diagnostiqué une pneumopathie infectieuse pour laquelle un traitement adéquate est mis en place et dont l'évolution est favorable et sans complication.

Dans ce contexte, apparaît une forte angoisse avec tension psychique, ruminations morbides, troubles du sommeil et diminution de l'appétit (perte de 5 kg en 2 mois).

Son médecin traitant consulté mi-septembre introduit un traitement par escitalopram 5 mg associé à un anxiolytique de type benzodiazépine.

Au mois de novembre, elle se rend aux urgences psychiatriques devant une majoration de la tension psychique. Elle reçoit alors un traitement par cyamémazine 25 mg qu'elle dit ne pas avoir supporté. Elle décrit des angoisses corporelles d'allure psychotique. Elle parle de « bouillonnement » abdominal. C'est dans ce contexte qu'elle est orientée sur le secteur et que je la rencontre.

Au premier entretien, il se dégage une symptomatologie dépressive patente : souffrance morale, hypomimie, anhédonie, aboulie, apragmatisme, tension psychique, rumination anxieuse. Elle présente un ralentissement psychomoteur notable. Elle décrit une franche rupture avec son état antérieur.

Il est retrouvé également des troubles des fonctions instinctuelles : difficulté d'endormissement et de maintien du sommeil, asthénie, perte d'appétit.

Elle ne rapporte pas d'idées suicidaires.

Une prise en charge ambulatoire est initiée avec majoration de son traitement antidépresseur (escitalopram 20 mg), mais cela s'avérera inefficace et elle sera hospitalisée dans le mois qui suit devant une aggravation de son état.

Le tableau clinique sera légèrement différent, de présentation plutôt somatique avec des plaintes corporelles multiples et une note démonstrative (transit, tremblements de tout le corps, spasmes) à laquelle s'ajoute une distorsion cognitive avec une conviction délirante d'être atteinte d'un cancer du poumon, sans élément concret dans ce sens : pas de symptômes pulmonaires, examen clinique sans particularité, pas de crachat, pas de dyspnée, traitement de la pneumopathie bien conduit, scanner thoracique rassurant, scanner de contrôle à distance sans argument pour un cancer.

Nous noterons également au fur et à mesure de son hospitalisation l'émergence

d'éléments délirants congruents à l'humeur : culpabilité, idées de ruine et préoccupations financières récurrentes, idées d'incurabilité, d'incapacité.

D. Examen somatique / évaluation des cognitions :

L'examen somatique ne montre aucune particularité.

Les tests cognitifs réalisés sont les suivants :

- MMS (Mini Mental State Examination) 30/30
- MOCA (Montréal Cognitive Assessment) 28/30
- MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) 40/60

Les examens paracliniques réalisés seront :

- Électroencéphalogramme qui ne montre pas d'activité épileptique anormale.
- TDM cérébrale sans particularité.

L'hypothèse principale est un **état dépressif caractérisé sévère tardif avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur.**

E. Prise en charge

Des traitements sédatifs/anxiolytiques seront introduits : oxazépam, loxapine.

Son traitement antidépresseur sera aussi adapté avec adjonction successivement de mirtazapine jusqu'à 45 mg, puis arrêt de l'escitaloprem 20 mg et introduction de duloxétine jusqu'à 60 mg.

Cela ne permettra pas une restauration clinique suffisante. Il sera initié un traitement par sismothérapie. Elle recevra au total 25 séances à raison de 2 par semaine pendant 2 mois, puis 1 par semaine pendant 1 mois puis 2 par mois pendant 2 mois.

Seules onze séances ont produit une crise comitiale généralisée cliniquement supérieure à 25 secondes et 20 séances ont produit une crise comitiale généralisée de

plus de 25 secondes sur le tracé électrique.

Après plusieurs séances, il sera noté une petite amélioration clinique avec restauration du sommeil, apaisement des angoisses, et reprise partielle de ses activités. Elle pourra alors retourner à son domicile avec un étayage important (portage des repas, aide-ménagère et prise en charge à l'hôpital de jour).

A l'issue de la prise en charge en sismothérapie son traitement antidépresseur sera à nouveau ajusté et elle sortira avec une monothérapie par venlafaxine 75 mg trois fois par jour.

II. Cas n°2 : suspicion de démence à corps de Lewy

A. Contexte de la rencontre / Motif d'hospitalisation

Il s'agit d'un patient de 81 ans. Je le rencontre dans le cadre de la psychiatrie de liaison pour une aide thérapeutique et l'évaluation d'un diagnostic différentielle.

Il est hospitalisé en service de médecine aiguë gériatrique pour des troubles du comportement à type d'errance nocturne, d'agitation avec agressivité et de phénomènes hallucinatoires.

Il a initialement été amené par la police aux urgences pour des troubles du comportement sur la voie publique : il se prend pour le contrôleur du tram.

B. Antécédents et éléments biographiques

1. Antécédents psychiatriques

Il n'y a pas d'antécédent psychiatrique retrouvé.

Il n'y a pas de consommation d'alcool ou de toxique selon le patient.

2. Antécédents somatiques

- Hypertension artérielle.
- Adénocarcinome de prostate sous traitement hormonal.
- Fistule anale.

3. Mode de vie

Le patient est d'origine algérienne, il est en France depuis une dizaine d'années environ.

C'est un ancien routier.

Sur le plan familial, il a six enfants de deux unions différentes et il aurait d'autres enfants en Algérie.

Il vit seul à son domicile. Il est rapporté des éléments d'insalubrité de son logement.

Il n'a pas de mesure de protection, mais une demande sera faite au cours de l'hospitalisation.

4. Traitement habituel

- Lercan 10 mg/j
- Zoladex 10/8 1 injection tous les 3 mois
- Androcur 100 1 comprimé le matin et 1 le soir

C. Entretien psychiatrique

Le contact est particulier, il est marqué par un discours diffluent, peu cohérent et

inadapté.

Sa présentation est négligée.

Il tient des propos délirants de thématique polymorphe.

Les mécanismes sont multiples : hallucinations visuelles de personnages, interprétations, phénomènes d'illusion : visions de bateaux, de vaisseaux spatiaux, d'extra-terrestres par la fenêtre de sa chambre.

Il adhère pleinement à ses propos, il ne formule aucune critique.

Il présente des fausses reconnaissances : il reconnaît sa fille dans l'équipe infirmière.

Concernant son comportement, il déambule dans l'unité, peut se montrer agressif et monter le ton en cas de frustration.

D. Examen somatique / évaluation des cognitions

Il existe une altération cognitive constatée par la famille depuis environ 6 mois. A l'examen il est désorienté dans le temps et dans l'espace de manière fluctuante. Il n'y a pas de signes extra-pyramidaux et l'alcoolémie est négative.

Les tests cognitifs réalisés sont les suivants :

- MMS : 19/30
- Test de l'horloge 0/7

Les examens paracliniques réalisés sont :

- Un scanner cérébral sur lequel il a été retrouvé une lame d'hématome sous dural chronique pariétale gauche de 5 mm déjà connue sur un examen réalisé quelques années plus tôt. Il est noté néanmoins la présence d'un aspect de petit saignement récent mais non significatif de la symptomatologie présentée.
- Un électroencéphalogramme dans l'hypothèse d'une épilepsie partielle sur l'hématome sous dural, qui retrouve un tracé lent, légèrement asymétrique aux dépens du côté gauche (probablement lésionnel), sans activité épileptique décelée.

Devant ces éléments, l'hypothèse soulevée est que **l'épisode délirant s'inscrit plus probablement dans un phénomène cognitif que psychiatrique.**

E. Prise en charge

Il est proposé un traitement symptomatique par l'introduction de risperidone 0,5 mg deux fois par jour dans le but d'amender les symptômes délirants pour améliorer le comportement. Une réévaluation est programmée dans les 48h.

Très rapidement les équipes rapportent une exacerbation des symptômes avec majoration des déambulations et de l'agressivité envers le personnel et les autres patients, sans amélioration des propos délirants et avec une majoration des phénomènes de persécution.

La risperidone est arrêtée devant la mauvaise tolérance et est remplacée par de l'oxazepam 50 mg en trois prises par jour.

Il est alors évoqué une suspicion de démence à corps de Lewy. Dans ce sens la programmation d'un DAT TDM est préconisée mais l'examen n'est pas réalisé dans un premier temps.

Le patient est fait sortant et est adressé à l'unité cognitivo-comportementale (UCC) pour poursuivre la prise en charge. Devant une agressivité physique et verbale et une résurgence de propos délirants interprétatifs avec reviviscence de scènes de la guerre d'Algérie un traitement neuroleptique par olanzapine 10 mg est introduit.

Il est noté une aggravation rapide de l'état général et notamment physique du patient jusqu'à un état quasi grabataire.

Il est ré-adressé au service de médecine aiguë gériatrique où je le rencontre à

nouveau. Physiquement il présente un trouble de la vigilance et un arrêt de la marche. Il n'est pas relevé de déficit moteur évident, ni de signes de localisation ou de douleur.

L'olanzapine est diminuée ce qui permet au patient de retrouver une certaine vigilance. En revanche il reste limité au niveau moteur. Des examens radiologiques ne montreront pas de fracture des membres expliquant l'impotence à la marche.

L'hypothèse d'un syndrome parkinsonien avec entre autre une certaine rigidité est évoquée et va dans le sens de l'hypothèse initiale de démence à corps de Lewy.

Il est donc réalisé un DAT TDM dont l'interprétation radiologique sera la suivante : pas d'argument en faveur d'une dénervation dopaminergique significative.

Le patient décède quelques jours plus tard de cause inconnue et il n'est pas pratiqué d'autopsie.

III. Cas n°3 : syndrome démentiel de type Alzheimer

A. Contexte de la rencontre / Motif d'hospitalisation

Il s'agit d'une patiente de 89 ans.

Elle est hospitalisée dans un service de médecine aiguë gériatrique en novembre 2015. Elle a d'abord été adressée aux urgences par son médecin traitant avec un certificat de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, pour une évaluation de troubles du comportement de type hallucination et agressivité.

Une demande de psychiatrie de liaison a été faite par le service de gériatrie pour une évaluation diagnostique.

B. Antécédents et éléments biographiques

1. Antécédents psychiatriques

Il n'y a pas d'antécédent psychiatrique connu. Une notion de trait de personnalité anxieuse ancienne est retrouvée.

Au niveau familial, la mère de la patiente aurait été hospitalisée en psychiatrie à la fin de sa vie suite à des éléments délirants de type jalousie (dixit la patiente).

2. Antécédents somatiques

- Ostéoporose, tassements vertébraux.
- Insuffisance veineuse chronique.
- La patiente est suivie en hôpital de jour gériatrique depuis environ un an suite à un bilan de troubles cognitifs et du comportement. Quelques mois plus tôt, en août 2015, il est suspecté une maladie d'Alzheimer chez cette patiente. Un MMS est à 24/30, mais la patiente refuse toutes explorations complémentaires (notamment imagerie cérébrale).

3. Mode de vie

Elle vit seule à domicile. Elle est veuve. Elle a quatre enfants.

Une mesure de protection est en cours (sauvegarde de justice).

Elle est semi-autonome: elle fait ses courses seule, se déplace en tram, tond sa pelouse. Elle refuse toutes les aides.

4. Traitement habituel

Elle n'a pas de traitement par refus de la patiente.

Elle prends de l'homéopathie (charbon pour la digestion).

C. Entretien psychiatrique

Le contact et la présentation physique sont corrects. La patiente accepte l'entretien sans réticence et se montre coopérante.

Rapidement, elle tient des propos délirants.

Le mécanisme du délire est polymorphe avec des éléments interprétatifs et hallucinatoires auditifs et visuels. Elle entend des bruits d'agrafeuse sous son laurier dans son jardin et pense que des jeunes voisins font des petits paquets pour « dealer ». Elle voit des enfants abandonnés dans sa maison et s'en occupe, c'est-à-dire elle leur met le couvert, leur prépare à manger etc... Elle les matérialise par des sacs de pommes de terre autour de la table.

Le thème retrouvé est essentiellement de la persécution - elle se décrit comme « la tête de turc du quartier »-, du préjudice - elle serait victime de vols répétés à son domicile par des voisins. De ce fait, elle serait contrainte de cacher ses affaires, par exemple, elle met sa tondeuse derrière son canapé pour ne pas qu'on lui vole.

Les troubles ont débuté en juillet 2015 selon la patiente, depuis 2-3 ans selon la famille avec une aggravation progressive.

Il existe une forte adhésion aux propos, et il n'y a pas de critique ni de systématisation.

Conséquences: il apparaît des troubles du comportement.

- La patiente agresse ses voisins en déversant des déchets dans leur jardin.
- Elle met en place des pièges dans sa maison pour les cambrioleurs.
- Elle dort hors de sa maison car elle ne s'y sent plus toujours en sécurité.

D. Examen somatique / évaluation des cognitions

L'orientation temporo-spatiale est correcte. L'examen médical est sans particularité.

Il n'y a pas de troubles sensoriels évidents.

Les tests cognitifs réalisés sont les suivants :

- MMS : 25/30 stable depuis 1 an et demi
- BREF (Batterie Rapide d'Efficienc Frontale) 15/18
- Épreuve des 5 mots de Dubois: 5/10
- Test de l'horloge 6/7

L'examen paraclinique réalisé :

- Un scanner cérébral qui montre la présence d'une atrophie cortico-sous-corticale diffuse avec une dilatation passive de la filière ventriculo-cisternale et des lacunes des noyaux gris centraux et un trophicité hippocampique à 2 à droite et 1 à gauche selon Scheltens.

Compte tenu de l'âge de la patiente, de l'absence d'antécédents psychiatriques, de l'altération des cognitions, l'épisode délirant s'intègre plus probablement dans un processus démentiel probablement mixte (dégénérescence et vasculaire).

L'hypothèse est donc un **syndrome démentiel mixte de type Alzheimer et vasculaire**.

E. Prise en charge

Un traitement par risperdone 0.5 mg avait déjà été instauré par les gériatres en attendant l'avis psychiatrique.

Devant la bonne tolérance de la risperidone, il est proposé de majorer ce traitement à 1 mg/j dans le but d'amender les troubles du comportement.

IV. Cas n°4 : psychose tardive

A. Contexte de la rencontre / Motif d'hospitalisation

Il s'agit d'une patiente de 70 ans que je rencontre lors d'une hospitalisation en psychiatrie de secteur.

Madame V. est hospitalisée après un passage aux urgences psychiatriques où elle a été orientée après une visite à son domicile de son médecin traitant qu'elle a elle-même contacté devant une altération de l'état général et une rupture de traitement psychotrope chez une patiente aux antécédents récents de troubles psychiques.

B. Antécédents et éléments biographiques

1. Antécédents psychiatriques

Madame V. relate un premier contact avec la psychiatrie trois ans auparavant. Elle fait état d'éléments délirants de mécanisme hallucinatoire et interprétatif à type de persécution avec une adhésion importante aux propos.

Il s'agissait alors de « bruit d'engins » dans les murs ou le plafond qui voulaient lui faire du mal. Il y avait également des sensations « d'ondes négatives » qui venaient l'attaquer. Elle évoque des « armes traversant les murs ». Cela engendra des troubles du comportement à type de repli, d'isolement, mais aussi des comportements plus étranges à visés protecteurs comme se couvrir la tête et recouvrir son lit avec du papier d'aluminium dans le but de se prémunir des mauvaises ondes. Dans la rue, elle pensait que des voitures la suivaient.

Suite à cela, madame V. s'est présentée au commissariat pour déposer une plainte contre ces « attaques ». Les policiers lui auraient alors conseillé de voir un médecin, ce qu'elle a fait. En effet, la patiente a alors pris RDV avec un psychiatre.

Lorsqu'elle raconte les événements, madame V. n'exprime ni colère ni inquiétude.

Elle en élabore une critique adaptée.

La mise en place d'un traitement antipsychotique (risperidone) à faible dose permettra un amendement total des éléments délirants.

Aucun antécédent psychiatrique plus ancien n'est retrouvé.

2. Antécédents somatiques

- Hypertension artérielle

3. Mode de vie

Madame V. est la deuxième d'une fratrie de trois filles. Elle a grandi en région parisienne.

Ses parents sont décédés : son père dans les suites d'un AVC en 1980 et sa mère d'une gangrène en 1982.

Elle n'a plus de lien avec sa sœur aînée depuis dix ans environ suite à un différent politique. Concernant sa petite sœur elle a encore un contact téléphonique annuel avec elle. Elle évoque un secret de famille autour de sa sœur qui ne serait pas du même père. Sa mère aurait « fauté ».

Elle se décrit proche de son père jusqu'à son mariage avec un « africain ». Elle aurait alors été déshéritée et aurait rompu tout lien avec lui.

Son parcours scolaire ne met pas en évidence de problèmes particuliers, elle se décrit comme « bonne élève ». Elle a ensuite obtenu un diplôme en secrétariat et en comptabilité.

Son histoire amoureuse est marquée par une longue relation avec une femme de

l'âge de 18 ans à 25 ans, qu'elle n'évoquera que très brièvement.

Elle vient sur Nantes en 1982 avec son compagnon avec qui elle se marie l'année suivante.

Elle restera mariée pendant vingt-cinq ans avec un homme de dix ans son aîné, dont elle se sépare en 2005 et qui est décédé depuis.

Son logement dont elle est propriétaire est dans un état de délabrement notable.

Sa chaudière ne fonctionne plus depuis plusieurs mois. Elle explique l'avoir éteinte suite à un problème de « pression ».

Elle perçoit sa retraite ce qui lui permet de vivre correctement.

Des inscriptions en foyer logement sont réalisées avec l'aide de l'assistante sociale du service.

4. Traitement habituel

En rupture de traitement.

C. Entretien psychiatrique

1. Histoire récente

Après une année de traitement bien conduit avec un suivi psychiatrique régulier madame V. n'y voyant plus d'intérêt met fin aux consultations. Elle poursuit malgré tout son traitement neuroleptique avec son médecin traitant pendant un an. Puis elle rompt tout suivi médical et tout traitement.

Progressivement madame V. se replie à nouveau chez elle. Elle sort de moins en moins, passe le plus clair de son temps clinophile avec une hygiène de vie déplorable et un désinvestissement total polymorphe.

Concernant son hygiène corporelle, elle est retrouvée dans un état d'incurie avancée. Elle explique qu'il est difficile pour elle de se laver notamment les cheveux. Elle fait allusion à une sensation de pression de l'eau sur sa tête qui l'empêche de ressortir de sa baignoire. Pour y pallier madame V. avait l'habitude de se rendre chez la coiffeuse pour se faire « laver la tête ».

Son alimentation est précaire avec une dénutrition notable lors de son admission. Pendant quelques mois elle se rendait tous les midis dans un restaurant près de son domicile. Puis du fait de son état d'incurie, elle n'y était plus acceptée. Elle s'est alors nourrie quotidiennement de sandwiches qu'elle achetait au supermarché. Une moitié le midi et l'autre le soir.

Elle délaisse également son intérieur sur le plan du ménage mais aussi sur l'entretien du gaz, de l'électricité... Pour exemple les draps de son lit n'ont pas été changés depuis deux ans. De même ses toilettes sont inutilisables car la chasse d'eau est dysfonctionnelle selon elle. Elle fait pendant près d'un an ses urines dans un bol et ses selles dans la baignoire sur un papier journal qu'elle jette ensuite à la poubelle.

Avec le temps elle sort de moins en moins de chez elle et s'affaiblit sur le plan physique. Elle développe alors une anxiété importante à l'idée de sortir de son domicile. Elle rapporte une peur de chuter dans la rue avec des sensations de vertige lorsqu'elle est en position debout probablement en lien avec son état de dénutrition et de déshydratation. Mais aussi sur un registre plus psychiatrique par la présence d'éléments de l'ordre de la persécution dans les transports en commun.

Ses seuls contacts extérieurs sont ses voisins qu'elle sollicite quasiment quotidiennement pour leur demander de lui acheter des pains au chocolat. Elle se nourrit alors d'un pain au chocolat le matin et d'un pain au chocolat le soir.

Au bout d'un moment ses voisins de palier lui renverront que la situation ne peut plus durer. Elle prendra alors l'initiative de recontacter son médecin traitant qu'elle n'avait pas vu depuis près d'un an et qui l'orientera vers la psychiatrie.

2. Au cours de l'hospitalisation :

Progressivement au cours de l'hospitalisation des traits de personnalité obsessionnels se dessinent. Madame V. fait tous les matins son lit au carré. A son domicile, lorsqu'elle s'y rend accompagnée de soignants nous retrouvons des conduites de vérification (gaz, porte d'entrée).

Elle présente des angoisses au moindre changement (exemple : planning de l'hôpital de jour) mais aussi par rapport à des éléments plus étranges probablement en lien avec sa structure psychotique : peur que la chasse d'eau explose, peur de la pression du gaz, peur de la pression de l'eau... Cette anxiété a une manifestation somatique avec tension musculaire évidente, hyperventilation.

D. Examen somatique / Évaluation des cognitions

L'examen général est sans particularité hormis une hyperpnée sans étiologie organique.

Les tests cognitifs réalisés sont les suivants :

- MMS : 26/30 => Orientation 8/10 Rappel 2/3 Langage 7/8
- MOCA (Montréal Cognitive Assessment) 24/30 => Rappel 0/5 Attention 5/6

L'examen paraclinique réalisé :

- Le scanner cérébral montre des lacunes thalamiques gauches, une leucopathie modérée et un élargissement ventriculaire passif sur des troubles trophiques. Il n'y a pas de processus expansif intracrânien.

L'hypothèse diagnostique soulevée est une **psychose de décompensation tardive à laquelle s'ajoute une possible dégénérescence vasculaire débutante** sans manifestation clinique évidente.

E. Prise en charge

Sur le plan thérapeutique des traitements sont introduits et réajustés au fur et à mesure. Ainsi elle reçoit en premier lieu 2 mg de risperidone devant l'efficacité antérieure rapportée de ce traitement, qui est rapidement switché par de l'amisulpride jusqu'à 100 mg en adjonction à 10 mg de fluoxétine pour obtenir une amélioration sur le plan de l'anxiété également. L'évolution est favorable mais insuffisante, il est ensuite introduit de la paroxétine 20 mg à la place de la fluoxétine et 5 mg d'olanzapine à la place de l'amisulpride ce qui permet d'obtenir un équilibre clinique satisfaisant.

Une prise en charge sur l'hôpital de jour de psychiatrie du secteur est proposée. La patiente se montre volontaire dans les activités, mais un étayage avec une ergothérapeute est nécessaire sur le plan de ses angoisses pour effectuer les trajets.

Ainsi en parallèle un accompagnement par une exposition progressive sur l'extérieur est réalisé pour lequel la patiente manifeste une bonne participation, mais dont l'évolution est relativement lente.

Un événement intercurrent nous contraint à arrêter quelques temps la prise en charge. En effet madame V. chute dans le service et se fracture le bassin. Elle part pendant un mois en convalescence.

Après près de six mois d'hospitalisation comprenant un séjour en soins de suite et de réadaptation la patiente regagne son domicile avec : hôpital du jour du secteur de psychiatrie, visite à domicile des infirmiers du centre médico-psychologique, portage des repas, aides ménagères.

Ces quatre situations cliniques sont pour moi le reflet de l'intrication de la gériatrie et de la psychiatrie et surtout d'une démarche psychiatrique différente de celle de l'adulte plus jeune indépendamment du lieu de la rencontre. En effet la recherche étiologique

d'une part, qui me semble finalement assez codifiée avec une évaluation quasi systématique au minimum du statut cognitif du malade, et la prise en charge d'autre part nécessitent de prendre quelques précautions par rapport à ce qui est fait en pratique classique. C'est ce qui sera développé dans la partie suivante.

TROISIEME PARTIE : ETATS DELIRANTS DU SUJET VIEILLISSANT

L'état délirant du sujet vieillissant revêt une dimension transversale par le panel de diagnostics possibles et nécessite une collaboration pour une prise en charge optimale.

I. Historique

« Délire » est un mot qui trouve son origine latine dans le mot delirium, lui-même issu du verbe delirare qui signifie sortir du sillon. Il apparaît dans la langue française vers le milieu du XVème siècle et deviendra bien plus tard un terme médical.

Les symptômes délirants sont connus et décrits en médecine depuis l'antiquité, notamment en cas de forte fièvre, dans des **contextes de confusion**. L'utilisation de ce symptôme en psychiatrie est plus tardive. Ainsi contrairement aux idées reçues, le délire ne fait pas l'exclusivité de la psychiatrie, bien au contraire puisqu'il était initialement décrit pour des contextes somatiques.

Au XVIIIème siècle, William Cullen (1710-1790) aborde le délire dans le **registre de la folie**, des dérangements de l'esprit en le distinguant de celui rencontré en cas de fièvre qui serait secondaire à une diminution de l'énergie du cerveau alors que dans la folie il est secondaire à des inégalités d'excitation du cerveau. Il utilise le terme de **manie** pour désigner le délire de la folie.

Philippe Pinel (1745-1826) distingue quatre types d'aliénation mentale : le **délire générale**, la **mélancolie** aussi nommée délire exclusif, la **démence** ou abolition de la pensée et l'**idiotisme** ou oblitération des facultés intellectuelles et affectives. Il décrit la démence comme un état résultant d'une série d'affections de causes diverses : sénilité, maladie psychiatrique chronique, dont le postulat de base est une disparition des

possibilités intellectuelles et des acquis antérieurs.

Etienne Georget (1795-1828) rapproche les termes de délire et de folie. Pour lui c'est une affection idiopathique du cerveau de nature et de cause organique inconnues.

Jean Esquirol (1772-1840) n'évoque pas directement le délire mais s'attarde sur les concepts de **monomanie** et d'**hallucination**. La monomanie est un délire partiel, ne portant que sur une seule idée, de là naîtra la mégalomanie par exemple. Pour ce qui est de l'hallucination, il la définit comme une perception sans objet. Il la décrivait ainsi: « un homme qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens, est dans un état d'hallucination : c'est un visionnaire » (Lanteri-Laura 2000). Pour lui les hallucinations sont plutôt du registre du rêve ou du somnambulisme.

C'est François Fodéré (1764-1835) qui distingue à nouveau la folie du délire en considérant la folie au sens de maladie mentale.

Puis émergent alors successivement des descriptions cliniques des différentes psychoses qui se différencient entre autre par leur mécanisme délirant.

Emil Kraepelin (1856-1926) en 1896 évoque la **démence précoce** (« dementia praecox ») qui devient plus tard la psychose schizophrénique. Il regroupe sous ce terme trois tableaux cliniques qui sont : la catatonie décrite par Karl Kahlbaum, l'hébéphrénie décrite par Edward Hecker et un état délirant paranoïde. Le point commun de ces trois entités est l'évolution progressive vers un état d'affaiblissement intellectuel terminal.

C'est Ernst Bleuler en 1911 qui développe davantage ce concept et parle de **psychose schizophrénique**. Ce n'est plus seulement l'évolution qui regroupe ces trois entités mais aussi des symptômes classés en primaire ou secondaire. L'état délirant appartient aux symptômes secondaires de psychose.

Puis les autres psychoses furent successivement décrites.

Sérieux et Capgras en 1909 décrivent le délire chronique, systématisé, d'interprétation ou **folie raisonnante** dont les thématiques prépondérantes sont la persécution et le préjudice.

En 1911 Gilbert Ballet s'attarde sur la **psychose hallucinatoire chronique**. Ce trouble est proche de la schizophrénie mais n'implique pas de dissociation ni de déclin cognitif.

Dupré et Logre en 1913 développent les **paraphrénies confabulantes et fantastiques** dont le mécanisme principal est l'imagination.

En 1921, Gaëtan de Clérambault s'attarde sur les **délires passionnels érotomaniaques et de jalousie**.

Pendant longtemps les classifications distinguaient la schizophrénie des psychoses non schizophréniques parmi lesquelles il y avait la psychose hallucinatoire chronique, les paraphrénies, les psychoses paranoïaques comprenant les délires passionnels (jalousie, érotomaniaque, revendication), le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras et le délire de relation des sensitifs de Kretschmer.

Aujourd'hui les psychoses chroniques non schizophréniques ne sont plus classées ainsi. Elles sont en partie regroupées dans le groupe des « troubles délirants persistants », hormis la psychose hallucinatoire chronique et les paraphrénies tardives qui ont rejoint les pathologies du spectre de la schizophrénie.

(Jean Garrabé 2014b; J. Garrabé 2011; Jean Garrabé 2014a; *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* 2013; Collège des enseignants de psychiatrie et d'addictologie 2016; Léger 2007)

II. Épidémiologie / Facteurs favorisants

A. Généralités

La survenue de symptômes psychotiques tardifs, dont le délire, n'est pas rare. Elle concerne 5 à 15 % des sujets âgés hospitalisés en gériatrie et 10 à 62 % des patients vivant en maison de retraite. (Reinhardt et Cohen 2015)

De manière plus générale, **10% des sujets âgés de plus de 65 ans présenteront un épisode délirant.** (Vaille-Perret et al. 2003; Webster et Grossberg 1998)

Le risque de présenter des symptômes psychotiques chez le sujet âgé est de 23%, le syndrome démentiel étant le plus gros pourvoyeur. Plus de la moitié (3/5) des symptômes psychotiques de l'âgé ne sont pas d'origine psychiatrique. (Reinhardt et Cohen 2015)

Chez des sujets âgés autonomes sans antécédents psychiatriques, 2 à 5% développeront des idées délirantes isolées essentiellement de préjudice et 4 à 5% des hallucinations. (Limosin 2009)

B. Quelques chiffres selon les étiologies

Une enquête épidémiologique multicentrique réalisée au États-Unis dans les années 1980 et portant sur les troubles mentaux met en évidence que sur 1700 patients recrutés dans un service de gérontopsychiatrie, la **démence de type Alzheimer** occupe la première place des causes de délire chez le sujet âgé. Il s'en suit les **états dépressifs majeurs**, la confusion d'origine toxique ou médicale, les troubles bipolaires, les délires psychiatriques chroniques non schizophrénique, puis la schizophrénie et les troubles schizo-affectifs. (Pancrazi et Metais 2004; Regier et al. 1988)

L'étude de Webster et Grossberg quelques années plus tard va également dans ce sens. Parmi les 166 patients de plus de 65 ans recrutés présentant des symptômes délirants, les étiologies retenues sont les suivantes :

- **40% de démences principalement de type Alzheimer.**
- **33% d'états dépressifs caractérisés.**
- 7% de causes médicales diverses (troubles ioniques, hypothyroïdie, hyperglycémie, infection urinaire...) ou toxique (médicaments, alcool).
- 5% de troubles bipolaires.
- 2% de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs.

(Webster et Grossberg 1998)

En 2015, une revue de la littérature médicale étudie la prévalence des symptômes psychotiques tardifs chez l'âge selon les pathologies.

Ainsi dans la maladie d'Alzheimer, 41,1% des patients présentent des symptômes psychotiques avec dans 36% des cas des idées délirantes, et dans 18% des cas des hallucinations. De même, 43% des patients souffrants de maladie de Parkinson présentent des symptômes psychotiques. Dans la démence à corps de Lewy il est dénombré 78% d'hallucinations, 25% d'idées délirantes et 56% de troubles de l'identité.

Du côté psychiatrique la prévalence vie entière du trouble schizophrénique après 65 ans est de 0,3%, contre 1% entre 45 et 65 ans. Elle est de 0,32% pour le trouble schizo-affectif, 0,35% pour la dépression délirante et 0,18% pour le trouble délirant.

(Colijn, Nitta, et Grossberg 2015)

Dans une population âgée de 85 ans en moyenne, le délire est assez fréquent et se répartit comme suit : 6,9% d'hallucinations, 5,5% de délire de persécution et 6,9% d'illusions. (Vaille-Perret et al. 2003)

Voici un tableau récapitulatif issu de l'article de Reinhart et al. des étiologies en terme épidémiologique du délire chez l'âgé :

	Durée	Proportion de l'ensemble des causes psychoses	Type de psychose
Confusion	Jours à semaines	10,00%	secondaire
Drogue, alcool, toxiques	Jours à mois	11,00%	secondaire
Maladie générale	Jours à mois	10,00%	secondaire
Dépression et autres troubles de l'humeur	Semaines à mois	33% dépression 5% bipolaire	primaire
Démence	Mois à années	40,00%	secondaire
Troubles délirants et du spectre schizophrénique	Années à vie	2% délire 1% schizophrénie	primaire

(Reinhardt et Cohen 2015)

La **maladie Alzheimer** occupe la première place dans les causes du délire chez l'âgé. Il existe une variation des symptômes psychotiques selon le stade de la maladie. Au stade initial le délire touche environ 20% des malades, mais après trois ou quatre ans d'évolution de la maladie les chiffres grimpent à 50% quasiment. (Reinhardt et Cohen 2015)

La **démence à corps de Lewy** débute dans 43% des cas par des hallucinations visuelles. (Reinhardt et Cohen 2015)

La **schizophrénie** après 65 ans est de 0,1 à 0,5%. En effet, chez les patients atteints de schizophrénie, l'espérance de vie est deux à trois fois inférieure à la normale avec un risque accru de mortalité prématurée (avant 65 ans) du fait des conséquences directes du trouble sur notamment l'hygiène de vie (consommation de tabac, recours aux soins, prévention). Effectivement, les patients atteints de schizophrénie s'exposent plus

volontiers aux facteurs de risque de morbidité tels que le tabac, l'alcool, la mauvaise hygiène alimentaire, la sédentarité, la surcharge pondérale favorisée par le syndrome métabolique induit par certains neuroleptiques. Les maladies somatiques sont aussi diagnostiquées plus tardivement et la prise en charge est souvent moins rigoureuse car l'identification des symptômes d'alerte par le patient et la compliance aux traitements sont plus aléatoires. En moyenne, l'espérance de vie est amputée de 20%. Toutefois l'allongement général de l'espérance de vie concerne également les patients atteints de schizophrénie ce qui tend à une augmentation de la schizophrénie chez les sujets âgés. Par ordre de fréquence, les causes de décès chez le schizophrène en dehors du suicide sont les suivantes : respiratoire, puis infection, puis endocrinienne et enfin cardiovasculaire.

(Raucher-Chéné et al. 2011; Limosin 2009; Fremont 2004)

La **confusion** est un gros pourvoyeur de délire chez le sujet âgé, elle touche près de 50% des sujets de plus de 65 ans hospitalisés. Elle est facilement évitable par des mesures préventives dans 30 à 40% des cas. Elle représente un problème de santé publique majeur en termes de coût : 182 billions par an dans 18 pays européens en 2011.

En population de médecine générale et de gériatrie sa prévalence varie de 18 à 35%, et son incidence de 29 à 64%. (Inouye, Westendorp, et Saczynski 2014; Fong et al. 2015)

De manière générale, la confusion est sous-étudiée et sous-diagnostiquée. Près de 50% des patients hospitalisés tous services confondus ne sont pas diagnostiqués correctement. La confusion est souvent considérée comme un trouble neuro-cognitif. C'est en réalité plus complexe avec certes des éléments cognitifs mais aussi d'autres symptômes tels que des altérations du rythme veille-sommeil, de l'activité motrice, de l'humeur et de l'expression des affects. (O'Sullivan, Inouye, et Meagher 2014)

C. Facteurs favorisant la survenue de symptômes délirants

1. Facteurs de risque

a) Somatiques

- Les déficits sensoriels (surdité, cataracte, cécité).
- Le déclin cognitif, la démence.
- La confusion.
- Les micro-infarctus cérébraux.
- Les autres comorbidités médicales.
- La polymédication.

b) Psychiatriques

- Les personnalités pré-morbides : paranoïaque, schizoïde.
- L'accès aux soins plus difficile pour les patients atteints de schizophrénie du fait de leurs relations au corps complexes, de la négligence des soignants et de leurs sentiments d'insécurité.
- La polymédication.

c) Sociaux

- L'isolement (célibat, veuvage, absence d'enfants), la solitude.
- La mauvaise hygiène de vie.
- Le faible niveau socio-économique et éducatif.
- Le rôle de l'entourage (précarité familiale).

d) Individuels

- L'âge avancé.
- Le sexe féminin > homme à un âge tardif.
- Le changement relatif à l'âge dans la pharmacocinétique et la pharmacodynamique.
- Le changement structural cérébral lié au vieillissement au niveau du cortex fronto-temporal notamment.

(Reinhardt et Cohen 2015; Fremont 2004; Vaillle-Perret et al. 2003; Pancrazi et Metais 2004)

2. Facteurs protecteurs

Les œstrogènes ont un rôle protecteur avant la ménopause. Ils agissent sur le métabolisme et les récepteurs dopaminergiques.

(Webster et Grossberg 1998)

III. Physiopathologie

Le mécanisme physiopathologique du délire reste à ce jour assez peu connu. Il est probablement dépendant de l'étiologie en cause.

Il a été étudié dans les psychoses. C'est l'hypothèse d'un déséquilibre dopaminergique qui est retenue au niveau du cortex pré-frontal, des noyaux gris centraux, des boucles sous-corticales et du lobe temporal. (Pancrazi et Metais 2004)

Dans la maladie d'Alzheimer il est relaté une corrélation entre l'atteinte du lobe temporal et la survenue des symptômes psychotiques. Comme pour la démence à corps

de Lewy c'est l'existence d'un déséquilibre de la balance dopamine/acétylcholine par atteinte des voies cholinergiques qui est responsable des manifestations délirantes.

(Pancrazi et Metais 2004)

Dans la confusion il existe un désordre, un stress et une réponse inflammatoire perturbée responsables d'un signal monoaminergique et mélatonergique. L'altération de la transmission engendre un déséquilibre de la balance dopamine/acétylcholine et une modification du signal. Les interactions entre les mécanismes de l'inflammation et l'axe cortico-limbo-hypothalamo-pituitaire-adrénergique seraient à l'origine du délire par l'augmentation des effets des médiateurs périphériques de l'inflammation dans le cerveau du sujet âgé déjà fragilisé par l'âge et la survenue des processus démentiels. (O'Sullivan, Inouye, et Meagher 2014)

Une hypothèse étiologique physiologique de la dépression délirante naît de la dégénérescence cérébrale qui diminue l'activité de la dopamine-beta-hydroxylase, une enzyme qui permet de transformer la dopamine en noradrénaline. Il résulte un déséquilibre dopamine/noradrénaline responsable de cet état. (Gournellis et al. 2001)

L'élévation du cortisol plasmatique a également une part de responsabilité en termes de conséquences. Une altération de la régulation de la production endogène de cortisol par le dexaméthasone entraîne un prolongement et une exacerbation de la réponse au stress ce qui favorise l'émergence de démence et de délire. (O'Sullivan, Inouye, et Meagher 2014)

IV. Aspect psychopathologique

A. Vieillesse

Qu'est-ce que la vieillesse ? Qu'appelle-t-on un sujet âgé ?

A ce jour, nous ne pouvons pas parler de vieillesse ou de sujet âgé en se basant uniquement sur un critère d'âge. En effet force est de constater que selon le référentiel considéré le critère d'âge diffère.

Dans le monde du travail, nous sommes considérés comme « vieux » à partir de l'âge de la retraite qui est actuellement autour de 67 ans. Dans la société les réductions « seniors » sont généralement accordées à partir de 60 ans. Ce sont des critères d'âges sociaux qui sont définis par les règles de la société. Ils attribuent au sujet des rôles et des statuts particuliers.

En médecine, le sujet âgé a communément plus de 65 ans mais là encore il est primordial de se référer à la spécialité considérée : en réanimation le concept d'âgé sera différent de celui de la gériatrie. De même en psychiatrie et en particulier dans le cas de la schizophrénie, le sujet âgé a plutôt autour de 50 ans. De manière générale, en médecine, **les notions d'âge chronologique et d'âge physiologique sont primordiales.**

En établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes, l'âge d'entrée est de 60 ans, il en est de même pour bénéficier de l'aide personnalisée à l'autonomie.

(Léger 2007; L. Cohen, Desmidt, et Limosin 2014; Rollet 2014)

Ainsi l'ambiguïté soulevée par l'utilisation du terme « sujet âgé » m'a conduite à préférer celui de « vieillissant » associé au délire, par son caractère moins précis et moins stigmatisant dans le sens où il n'y a pas de critère d'âge et par le caractère transdisciplinaire de l'état délirant qui ne permet pas de s'arrêter sur un critère d'âge.

L'entrée dans le grand âge est l'équivalent d'un **nouveau moment de crise** sur le fil de la vie au même titre que l'adolescence, la vie de couple, la vie de famille etc. Cela nécessite une adaptation, une résilience. Le sujet âgé doit faire face à un vécu douloureux

de pertes successives sur les plans physique, familial (proches) et socio-culturel (statut social, logement). (Léger 2007)

Il est confronté à des **modifications psychiques et corporelles** responsables d'un ralentissement du geste, d'une adaptation plus lente aux modifications de l'environnement, d'un repli sur soi, de dysfonctionnement somatique touchant simultanément différents organes... (Léger 2007)

1. Corporel

Le vieillissement s'accompagne de modifications physiologiques dépendantes de facteurs génétiques variables d'un sujet à l'autre.

Il peut exister un déclin intellectuel en termes de performance et d'adaptabilité.

La capacité de compréhension ou d'apprentissage de nouvelles expériences est préservée. En revanche le sujet âgé perd en rapidité et en précision.

Nous notons également une réduction des intérêts et des capacités sexuelles, mais cela reste néanmoins toujours possible.

(Rigaud et al. 2005)

Il n'y a pas de linéarité des modifications des fonctions cognitives au cours du vieillissement, mais les altérations sont généralement plus conséquentes au-delà de 75 ans. Il existe des différences entre les individus d'où la grande variabilité des tableaux cliniques retrouvés. (Baudic et al. 2005)

Le vieillissement ne permet pas systématiquement d'expliquer l'apparition de modifications du comportement telles que la régression ou qu'une exacerbation des traits de personnalité antérieurs, qui sont plus fréquemment en lien avec une affection sous-jacente comme par exemple le syndrome démentiel. (Rigaud et al. 2005)

La plainte physique, telle que la douleur, fréquente chez le sujet âgé, revêt un caractère défensif. L'utilisation de la plainte comme mécanisme de défense est courante chez l'âgé. Elle signe l'involution et la diminution des capacités d'élaboration dans le

registre des défenses.

Elle est souvent la partie émergée d'une souffrance sous-jacente en lien avec des angoisses d'effondrement physique ou de morcellement psychotique face à la réalité qui ne sont en fait que des angoisses de mort.

La plainte récurrente ou circulaire de la personne âgée signe l'impuissance du plaignant qui cherche à éviter un effondrement narcissique. C'est une tentative de sauvegarde d'un lien à autrui dans une demande de protection régressive. Mauvais lien vaut mieux que absence de lien.

L'absence de plainte est tout autant inquiétante car il peut signifier un abandon, une perte d'espoir, une lassitude pouvant conduire le sujet à se laisser glisser progressivement vers la mort. (Charazac-Brunel 2005)

2. Psychique

L'entrée dans la vieillesse est une véritable crise existentielle pourvoyeuse d'un déséquilibre psychique qui fragilise le sujet. Des sollicitations multiples renforcent davantage ce déséquilibre et demandent au sujet une grande souplesse et adaptation : deuil, changement de lieu de vie, isolement, affections multiples, etc (Rigaud et al. 2005)

« Sous le conflit, la carence ». Le vieillissement est source d'un conflit et d'un appauvrissement de l'appareil psychique. Le sujet est soumis à une vulnérabilité par l'usure du temps avec une perte des capacités à créer des défenses nécessaires à sa sauvegarde. Le débordement des mécanismes de défense habituels peut se manifester par un stress, une plainte au niveau du corps mais aussi par une détresse au niveau du psychisme. La détresse psychique correspond à une incapacité du sujet âgé à traiter psychiquement un événement par l'élaboration d'une signification apaisante. Elle se manifeste par une peur, un sentiment d'insécurité conduisant à la fuite, l'évitement, voire la panique jusqu'à l'effondrement ou la néantisation. (Le Gouès 2006)

L'appauvrissement du psychisme, la baisse des associations d'idées, la difficulté à

créer des représentations nouvelles conduit à un amincissement du « pare excitation » et une vulnérabilité aux agressions. Les mécanismes de défense habituels sont sollicités et doivent s'adapter sans arrêt afin de préserver l'estime de soi et la position narcissique. Dans le cas contraire l'émergence de troubles psychiatriques n'est pas rare. (Rigaud et al. 2005; Le Gouès 2006)

Le concept de mort revêt alors un nouveau visage. Le sujet est soumis à un processus d'acceptation double. Il se rapproche inéluctablement de la mort et il doit faire face à des pertes multiples dans son entourage. L'apparition des défaillances corporelles ne fait que renforcer ces sentiments par l'**ébranlement des idées d'immortalité**. Le renoncement à certains investissements le confronte davantage à la mort. Cela nécessite une élaboration et un ajustement par une réorganisation psychique dans un processus d'acceptation. (Rigaud et al. 2005; Herlant-Hémar et Caron 2013; Caron 2011)

Le sujet âgé subit un remaniement de ses investissements, de sa relation à soi (narcissisme) et de sa relation d'objet en raison de l'épuisement de ses propres ressources et de l'accroissement de sa dépendance à l'entourage. De même, la maladie et les atteintes physiques viennent affaiblir davantage le narcissisme. Il doit successivement faire un travail de deuil de ce qu'il était et d'acceptation ce qu'il devient. Mais il doit aussi renoncer à ce qu'il souhaitait devenir ou obtenir dans son idéal de Moi et continuer à vivre en abandonnant l'idée d'immortalité pour celle de la finitude et des angoisses de mort. (Chavane et Dibie-racoupeau 2006)

Au final, les capacités corporelles et psychiques sont modifiées. En revanche, il persiste une appétence relationnelle et du désir. Les liens se raréfient et le support social s'effrite ce qui met en péril l'appareil psychique qui a sans cesse besoin de nouveaux objets à investir. Comme dans tout phénomène nécessitant un nouvel équilibre, le sujet a le choix d'**affronter la situation** en adaptant son quotidien et ses habitudes de vie, ou de **fuir**, c'est là que peuvent apparaître les troubles psychiques ou les comportements délirants, ou de **ne rien faire et subir** c'est le repli massif, la mort avant la mort, le blocage et anéantissement de la psyché. (Herlant-Hémar et Caron 2013; Caron 2011)

B. Délire

L'état délirant est une déformation subjective de la réalité qui emporte l'adhésion et la conviction du sujet. Cet état de désorganisation du fonctionnement psychique du sujet peut être aigu ou chronique. C'est une **croyance inébranlable qui n'est pas modifiée par la confrontation au réel**. Le sujet remet en question ses croyances vis à vis de lui-même et / ou du monde extérieur. S'imposent alors de nouvelles convictions sur des faits supposés réels.

(Menecier et al. 2010; Bazin 2004; Pancrazi et Metais 2004)

Le délire est un travail de la pensée face à l'altération du rapport au monde, dans une logique de reconstruction du sujet en vue de retrouver une place dans la société. L'objectif est de maintenir une cohérence dans l'appréhension de l'environnement. (Herlant-Hémar et Caron 2013)

Délirer est une façon pour l'organisme de faire face à une angoisse insoutenable. Son Moi défaillant opère une réorganisation pour tenter de restaurer la stabilité. Cette tentative de reconstruction revêt une double dimension. Elle est un **mécanisme de défense** pour l'organisme mais a aussi une **valeur adaptative**. (Pancrazi et Metais 2004)

La fonction défensive est généralement en relation avec des événements de vie (décès d'un proche, changement de lieu de vie, séparation brutale avec un soignant ou un proche...). Le sujet fuit la réalité devenue trop dure. (Pancrazi et Metais 2004)

Le délire permet au sujet de s'adapter, de se protéger contre la dépression, contre le sentiment de vide ou d'isolement. Il redonne un sens à l'existence au travers d'une néoréalité créée à partir d'objets fantasmés ou non appartenant au passé ou au présent du sujet. (Pancrazi et Metais 2004)

En résumer, délirer c'est « permettre à l'impossible à penser d'être possible ».

D'un point de vue plus optimiste la production d'un délire est le témoin du maintien d'une

certaine **richesse de la psyché** et non son appauvrissement. Finalement délirer n'est-ce pas un processus d'autoguérison ?

C. Vieillesse et délire

Il existe un lien inéluctable entre le vieillissement subi par le sujet âgé et l'émergence d'un état délirant.

L'état délirant ainsi que les autres troubles du comportement retrouvés chez le sujet âgé (cri, déambulation, agitation, opposition/violence) revêtent un caractère défensif. Ce sont des tentatives d'adaptation du Moi de retrouver un certain équilibre face à sa lutte contre l'angoisse. Pour cela, le sujet vieillissant se crée une néo-réalité lorsque le contact avec le monde est perdu ou utilise son corps par une évacuation motrice des excitations qui ne peuvent plus être évacuées par la parole. (P. M. Charazac 2013)

Un des cheminements avancé par Bazin au sujet du délire chez l'âge fait appel aux répercussions du vieillissement sur le sujet. D'un côté il réinvestit des objets permettant la restauration d'une certaine harmonisation, d'un certain équilibre et d'un autre il subit une déstructuration progressive de son appareil psychique se manifestant à des degrés variables par des **symptômes dépressifs** secondaire à une fragilité du Moi, un **délire** lorsque le Moi devient inadapté à la réalité et enfin une **démence** en cas de désintégration du Moi. (Bazin 2004)

Le délire du sujet âgé nécessite une mobilisation des réserves cognitives et fait appel à la capacité de résilience du sujet pour faire face aux facteurs externes agressifs. Son émergence signe une certaine vulnérabilité cérébrale marqueur de la diminution de ses réserves cérébrales. (Inouye, Westendorp, et Saczynski 2014)

De telle sorte que la fragilité cérébrale laisse une plus grande souplesse à la frontière du réel ne permettant plus au sujet un discernement suffisant et favorisant l'apparition d'éléments délirants. (Vaille-Perret et al. 2003; Bazin 2004)

Wertheimer rejoint cette idée. Il propose un concept qui s'appuie sur la nécessité de maintenir cinq fonctions essentielles pour maîtriser le réel. Ce sont les suivantes : la vigilance, le fonctionnement sensoriel, le fonctionnement intellectuel, l'affectivité et la personnalité. Ainsi, l'altération d'une de ces fonctions favorise l'émergence d'un délire qui peut alors s'intégrer dans des pathologies telles que la démence, le syndrome de Charles Bonnet, la confusion. (Vaillle-Perret et al. 2003; Bazin 2004)

Finalement, le délire serait un mode d'expression et d'ajustement du sujet âgé malmené par le vieillissement physique et notamment la démence.

Néanmoins la présence d'idées délirantes bien qu'elles marquent l'altération physique et entre autres cérébrale, est aussi le témoin de la préservation et de la richesse de la vie psychique du sujet vieillissant. Elle possède une valeur protectrice face aux effractions extérieures en maintenant un investissement d'objet ce qui consolide l'assise narcissique, et rapporte du sens.

En effet, la réalité fluctuante, mouvante et instable du fait de la perte de mémoire procure un sentiment de perte de contrôle. Au travers du délire ou des souvenirs le sujet retrouve du sens et de la cohérence.

Délirer, c'est aussi se protéger de l'isolement affectif secondaire à l'effritement progressif de l'entourage, des relations, à la diminution des capacités de séduction. Délirer, c'est compenser la perte narcissique, se protéger contre l'angoisse de mort. C'est la restauration d'une continuité dans cette mouvance discontinuée.

(Herlant-Hémar et Caron 2013)

En ce sens, le délire représente un état transitoire lié à l'expérience du vieillissement. Ce « dérapage psychotique » du grand âge revêt un caractère ponctuel et réversible hormis dans le cas des psychoses. (Caron 2011)

V. Clinique / Sémiologie

L'idée délirante selon le DSM IV est définie par : « une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement partagée par les autres membres du groupe ou du sous-groupe culturel du sujet ». Ces grandes lignes sont reprises dans le DSM 5. (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* 2013)

La mise en évidence d'un état délirant nécessite une **évaluation clinique**. Il n'y a pas d'examens complémentaires à réaliser pour poser le diagnostic.

Le délire est un symptôme qui s'intègre dans des entités variées. Afin de mieux appréhender le délire et pour orienter la recherche étiologique, il est nécessaire de le **caractériser** correctement, c'est-à-dire de déterminer sa temporalité, son ou ses thèmes, son ou ses mécanismes, son degré de systématisation, le degré d'adhésion et son retentissement émotionnel ou comportemental.

Le recueil des antécédents auprès du patient ou de sa famille ou l'examen de son dossier de soins sont utiles pour déterminer la **temporalité**. Il sera aigu s'il dure depuis moins de un mois et chronique au-delà.

Chez l'âge, le début est le plus souvent insidieux.

Le **thème** du délire est important à repérer. Il s'agit du sujet principal de la conviction délirante. Il peut être unique ou multiple.

A la différence de l'adulte plus jeune, les délires du sujet âgé restent très concrets, centrés sur leur vie et leur environnement et finalement de contenu assez pauvre. Les thèmes sont essentiellement du registre de la persécution, de la spoliation, du préjudice (affaires déplacées, volées), de la ruine. (Vaille-Perret et al. 2003; Bazin 2004)

Le **mécanisme** c'est le processus de construction du délire, son élaboration et son organisation. Les plus couramment retrouvés sont l'interprétation, l'intuition, l'imagination ou l'hallucination. Ils peuvent aussi se combiner.

Chez l'âgé, les plus fréquents sont l'interprétation et l'imagination. Les hallucinations sont aussi souvent retrouvées et peuvent être le point de départ d'un mécanisme interprétatif centré sur le sujet, sur son corps mais aussi sur son environnement.

Elles sont plutôt visuelles ou auditives chez les sujets âgés psychotiques et visuelles en cas de démence. (Vaille-Perret et al. 2003; Bazin 2004; Webster et Grossberg 1998)

L'interprétation est un jugement faux sur des perceptions exactes. (Ey et al. 2010; Fénelon 2013)

L'imagination est une fausse perception. Elle a un caractère subjectif. (Ey et al. 2010; Fénelon 2013)

Halluciner vient du latin hallucinare qui signifie se méprendre, se tromper, divaguer, tromper quelqu'un. Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle de l'hallucination, il est fréquent de reprendre le concept d'Esquirol (18^{ème} siècle) qui stipule que l'hallucination est une perception sans objet. Il la décrivait ainsi:

« un homme qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens, est dans un état d'hallucination : c'est un visionnaire. »

(Lanteri-Laura 2000)

Henri Ey fait état d'une « perception sans objet à percevoir ». (Ey et al. 2010)

Bergeret dans son ouvrage de psychopathologie parle de perception mono ou multi-sensorielle qui ne correspond pas à la réalité. (Bergeret 2012)

Fénelon plus récemment propose une définition plus précise. Il fait état d'une fausse perception fondée sur une ressemblance à une perception réelle, une absence de stimulus externe correspondant à l'expérience perceptive, l'attribution à une source externe (l'expérience a une dimension spatiale), l'impossibilité d'un contrôle direct (par opposition à

l'imagerie mentale) et la survenue à l'état de veille (par opposition aux rêves). (Fénelon 2014)

Cette définition suggère plus particulièrement une dimension sensorielle et spatiale du phénomène mais ne prend pas en compte les caractéristiques plus spécifiques de la psychiatrie avec notamment les hallucinations intrapsychiques. (Demeulemeester et al. 2014; Fénelon 2014)

« L'illusion se distingue de l'hallucination comme la calomnie se distingue de la médisance » disait Lasègue.

L'illusion est une perception déformée d'un objet réel, une erreur d'interprétation d'un stimulus réel ou encore une mauvaise information d'un objet extérieur réel. Henry Ey parlait d'une simple falsification de la perception d'un objet réel.

Elle concerne l'un des attributs de l'objet : forme, couleur, intensité, localisation. Et elle a un caractère physiologique.

Nous distinguons les illusions « géométriques » qui ne possèdent pas de caractère pathologique, des illusions plus élaborées sur l'identification ou le caractère physique d'un objet (taille, forme, couleur) comme dans la maladie de Parkinson ou la démence à corps de Lewy, où elles se manifestent généralement par la reconnaissance du vivant (visage, animaux, corps) dans des objets inanimés. (Ey et al. 2010; Fénelon 2013)

La **systematisation** correspond au degré de cohérence et d'organisation du délire. Il sera non systématisé si les thèmes sont multiples sans cohérence ni lien logique entre eux. Et systématisé si le thème est unique et qu'il existe une organisation et une logique interne indépendamment du postulat de base.

Chez le sujet vieillissant, le délire est plutôt construit, assez systématisé. (Vaille-Perret et al. 2003)

L'**adhésion** au délire est le degré de conviction accordé aux idées. Elle est totale lorsque les idées sont inébranlables et inaccessibles à tout raisonnement logique. Elle est

partielle s'il existe une critique des idées.

Le **retentissement émotionnel et comportemental** du délire peut être variable allant des symptômes anxieux aux passages à l'acte suicidaire. Il est primordial d'évaluer le risque auto ou hétéro-agressif.

Les complications qui en découlent sont une modification du comportement se manifestant par une claustration, de l'agressivité, un refus de s'alimenter.

(Vaille-Perret et al. 2003)

(Collège des enseignants de psychiatrie et d'addictologie 2016)

Que dit le DSM 5 ?

Le chapitre « spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » regroupe des sujets présentant une anomalie dans un ou plus des cinq domaines suivants :

- délire.
- Hallucination.
- désorganisation de la pensée.
- trouble du comportement moteur (incluant la catatonie).
- symptômes négatifs.

Il comprend les troubles délirants persistants (> 1 mois), le trouble psychotique bref (< 1 mois), le trouble de personnalité schizotypique, le trouble schizophréniforme (< 6 mois), le trouble schizoaffectif, la schizophrénie, le trouble psychotique induit (substance, médicament ou autres conditions médicales), et la catatonie.

Les arguments cliniques en faveur d'une cause organique sont :

- L'âge inhabituel de début d'un trouble psychiatrique.
- L'absence d'histoire familiale de maladie mentale.
- L'absence d'antécédent psychiatrique.

- Une réponse limitée au traitement psychiatrique.
- Des symptômes plus sévères qu'attendus.
- Des symptômes secondaires à un changement brutal de personnalité.
- Une comorbidité médicale fréquemment associée à des troubles mentaux.
- Une déficience cognitive principalement au niveau de la mémoire et de la conscience.

En gériatrie, le délire s'intègre dans les SPCD. Le terme de symptôme psychotique est plus largement utilisé que celui de délire.

(Reinhardt et Cohen 2015; *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* 2013)

VI. Étiologies

Chez le sujet âgé, la présentation clinique des troubles délirants diffère de celle de l'adulte, de même, les diagnostics à évoquer sont aussi différents. (Vaille-Perret et al. 2003)

La forte **comorbidité** entre les troubles psychiatriques et somatiques dans cette population, notamment dans le cadre des maladies neurodégénératives, modifie significativement la sémiologie clinique et justifie la nécessité d'une pluridisciplinarité (psychiatre, gériatre, neurologue) autour de la personne âgée. Les critères psychiatriques diagnostiques classiques ne sont pas toujours pertinents chez l'âgé.

Il y a d'un côté les causes psychiatriques « primaires » et de l'autre les causes plus organiques dans lesquelles les symptômes psychotiques sont qualifiés de « secondaires ». Chez l'âgé, $\frac{3}{4}$ des symptômes psychotiques sont secondaires. Il faut donc au préalable rechercher une cause organique avant d'évoquer une cause psychiatrique. (Reinhardt et Cohen 2015)

Concernant les troubles psychiatriques, nous distinguons d'une part ceux qui sont apparus à un âge plus jeune et qui évoluent avec le vieillissement, et d'autre part ceux qui se déclarent tardivement.

Ainsi, le délire peut se produire dans des contextes de psychoses chroniques vieilles, de psychoses à début tardif, de troubles délirants, de troubles de l'humeur vieillis ou tardifs ou de syndromes démentiels au sens large (Alzheimer, DCL, vasculaire, Parkinson). (Colijn, Nitta, et Grossberg 2015)

La psychiatrie du sujet âgé s'intéresse aux troubles mentaux de la personne âgée mais aussi aux symptômes psycho-comportementaux des démences.

(Collège des enseignants de psychiatrie et d'addictologie 2016)

A. Psychiatriques

1. Les troubles de l'humeur vieillis et tardifs

a) Le syndrome dépressif avec caractéristiques psychotiques

La dépression représente le trouble psychiatrique le plus fréquent chez le sujet âgé. Les symptômes dépressifs sont présents chez 15% des plus de 65 ans. La prévalence est proche de 40% en institution et en gériopsychiatrie. Elle est de 20 à 30% chez les patients déments. En revanche, le véritable état dépressif caractérisé n'est estimé qu'à 2 à 3%.

(O'Sullivan, Inouye, et Meagher 2014; Rigaud et al. 2005; Pancrazi et Metais 2004; Baudic et al. 2005)

La dépression délirante chez le sujet âgé n'est pas rare. Près de **32% des patients âgés déprimés** présentent des symptômes délirants, contre 4% chez les sujets déprimés de moins de 60 ans. Elle varie de 24 à 53% chez les patients âgés hospitalisés.

(Bazin 2004; Gournellis et al. 2001; Bazin 2011)

Certains facteurs ont pu être identifiés comme des facteurs prédictifs de dépression délirante. L'**âge de début tardif** en est un, en effet le délire est plus fréquent si l'épisode dépressif est inaugural. Plus l'épisode dépressif est tardif, plus le risque de délire associé est important. L'âge de début de la dépression influence la symptomatologie clinique et la survenue ou non d'un délire.

A cela s'ajoute des symptômes dépressifs sévères, un ralentissement psychomoteur plus marqué, des antécédents personnels d'épisode dépressif avec une composante délirante. (Bazin 2004; Gournellis et al. 2001)

Chez le sujet âgé, le délire peut être au premier plan du tableau dépressif. La présence d'éléments délirants ne signe pas systématiquement la gravité du tableau bien qu'en général le tableau dépressif sous-jacent soit plus sévère. En revanche cela peut avoir des conséquences en terme de pronostic. (Bazin 2004; Gournellis et al. 2001)

Il est important de ne pas négliger les symptômes dépressifs, de les considérer et de les traiter afin de limiter les conséquences négatives. En effet, la dépression a des répercussions sur la perte d'autonomie, sur le déclin fonctionnel, sur l'altération de la qualité de vie, sur l'augmentation de la morbi-mortalité, sur le suicide, sur l'épuisement des aidants. (O'Sullivan, Inouye, et Meagher 2014)

La dépression du sujet âgé est caractérisée par un sentiment de désespoir existentiel, un éprouvé tragique de l'existence. L'état délirant qui peut s'ajouter est le plus souvent **congruent à l'humeur**. Il est d'apparition aigu et les thématiques sont de registre plutôt négatif : **culpabilité, ruine, incurabilité**, damnation, indignité, pauvreté, punition méritée pour raison morale ou faiblesse personnelle, anéantissement, hypocondrie, catastrophe imminente, quelquefois persécution.

Les mécanismes retrouvés sont souvent **l'interprétation** ou des **hallucinations** auditives ou cénesthésiques.

(Reinhardt et Cohen 2015; Pancrazi et Metais 2004; Gournellis et al. 2001; Gallarda et Léo 2009; Bazin 2011)

L'intrication de symptômes dépressifs et délirant auxquels s'ajoutent des symptômes cognitifs et neuropsychiatriques se manifeste par un tableau complexe pouvant inclure une modification des affects, des troubles du sommeil, une hyperactivité ou une léthargie, une apathie, une agitation, une diminution du traitement de l'information, une diminution des capacités de mémorisation.(O'Sullivan, Inouye, et Meagher 2014)

Le chevauchement des symptômes cliniques à des éventuelles **comorbidités** rend le diagnostic moins aisé.

L'identification d'une **dépression délirante versus un épisode délirant** est primordiale pour optimiser la prise en charge. Une évaluation soignée du contexte permet d'en faire la distinction.

La dépression délirante s'installe de manière plus insidieuse (plusieurs semaines) et est souvent liée à un stress identifiable.

L'épisode délirant apparaît de manière plus brutale, aiguë, et est plus fréquemment lié à une affection physique aiguë.

La fluctuation diurne des symptômes est moins rapide et moins sévère dans la dépression délirante que dans l'épisode délirant d'étiologie autre. De même les troubles de la conscience y sont moins sévères. (O'Sullivan, Inouye, et Meagher 2014)

Les symptômes délirants dans la dépression sont plus complexes et congruents à l'humeur avec des thèmes autour de la culpabilité ou de la ruine, à l'inverse de l'épisode délirant où les thèmes sont moins recherchés et relèvent davantage de l'environnement immédiat. Nous sommes plutôt dans un registre de l'interprétation avec des thèmes tels que la persécution. L'hôpital est par exemple assimilé à une prison, les médicaments à du poison.

Les troubles du sommeil chez les patients déprimés délirants sont plutôt de l'ordre de l'insomnie avec des difficultés à l'endormissement, ou des réveils précoces, alors que chez le sujet délirant sans dépression nous constatons des inversions de rythme.

Chez le sujet âgé les épisodes délirants peuvent avoir une présentation sans agitation ou hyperactivité contrairement aux épisodes délirants de l'adulte plus jeune ce qui peut faussement orienter vers un diagnostic de dépression délirante et complexifie davantage le travail du clinicien.

L'adjonction d'une affection somatique au tableau peut ajouter des symptômes confondants tels que la perte de poids, la fatigue, la perte d'énergie et d'appétit, le ralentissement psychomoteur, d'où l'importance du contexte de survenue à recueillir auprès du patient, de sa famille ou autre entourage. (O'Sullivan, Inouye, et Meagher 2014; Gallarda et Léo 2009)

La présence d'un trouble cognitif ou démentiel accentue d'autant plus la difficulté pour le diagnostic de dépression d'une part et pour l'étiologie de l'état délirant d'autre part.

La démence peut majorer les symptômes dépressifs. De même les troubles cognitifs sont majorés s'il existe une dépression avec des symptômes psychotiques.

Cliniquement les sujets déments et dépressifs ont des troubles mnésiques, une atteinte des fonctions exécutives, une baisse de l'attention, de la concentration auquel se mêle un ralentissement psychomoteur notable.

La dépression délirante tardive est aussi **plus sévère** sur le plan des symptômes psychiques avec **plus d'anxiété, plus de symptômes hypocondriaques, et plus souvent des idées délirantes sur la sphère somatique.**

(Baudic et al. 2005; Colijn, Nitta, et Grossberg 2015)

b) Le trouble bipolaire

La prévalence toutes évolutions confondues chez les plus de 65 ans est de l'ordre de 0,1%. Dans 50% des cas il s'agit d'une forme évolutive d'un trouble ayant débuté avant 60 ans, dans 25% des cas c'est une inversion de polarité d'une dépression unipolaire antérieure récurrente ou enfin dans les autres situations d'un trouble bipolaire tardif. (Jalenques et al. 2003)

L'épisode maniaque du sujet âgé survient **de plus en plus fréquemment et sa durée à tendance à s'allonger.** (Jalenques et al. 2003; Pancrazi et Metais 2004)

Cliniquement, **l'irritabilité, l'hostilité et l'agressivité** se substituent volontiers à l'euphorie. Par ailleurs, la manie prend plus facilement la forme d'un épisode délirant. (Jalenques et al. 2003; Bazin 2011)

Avec l'âge, les épisodes maniaques ont une sensibilité accrue aux psychotropes avec une inversion de l'humeur plus rapide également. En revanche, les épisodes dépressifs ont tendance à résister plus facilement aux antidépresseurs. (Jalenques et al. 2003)

Les comorbidités chez le sujet âgé sont à prendre en compte. La bipolarité au delà de 65 ans aggrave considérablement les troubles cognitifs. De plus le syndrome démentiel présenté par le patient bipolaire sera différent des syndromes démentiels classiques de la maladie d'Alzheimer avec un tableau plus proche de celui des lésions sous cortico-frontales. Ainsi, il existerait une **évolution démentielle spécifique de la bipolarité de l'âge.** De manière générale le déclin cognitif sera plus marqué chez le sujet âgé bipolaire que dans la population générale du même âge. (Cholet et Sauvaget 2016)

2. Les troubles psychotiques

a) Psychoses vieilles

La part des psychoses vieilles est relativement faible du fait de l'espérance de vie limitée des patients souffrant de psychose.

De manière générale, nous assistons avec la sénescence à un **aplanissement du délire** et de la dynamique psychotique. Les symptômes productifs s'atténuent pour les maladies du spectre de la schizophrénie. Le délire est souvent moins alimenté du fait du retrait social et il a tendance à s'enkyster. Il y a une stabilisation voire une amélioration des symptômes psychotiques avec une atténuation des phénomènes morbides. Ainsi l'agressivité, la violence, l'agitation deviennent moins fréquentes. Le trouble du cours et du contenu de la pensée, l'émoussement affectif, le retrait, et les comportements hallucinatoires persistent à moindre degré. En revanche, il n'y a pas d'amélioration concernant l'intégration sociale. Les sujets sont souvent moins quérulents mais ils se désintéressent davantage du monde extérieur. Cela va dans le sens d'une **accentuation des symptômes négatifs**. (Pancrazi et Metais 2004; Ben-Aziza, Gacia, et Myslinski 2007; C. I. Cohen et al. 2014)

Il est noté également une **aggravation des troubles cognitifs** sans forcément d'évolution démentielle. Le tableau résultant est différents de celui de l'évolution démentielle classique du fait de l'intrication des symptômes psychiatriques. Les symptômes dépressifs se font aussi plus fréquents.

(Fremont 2004; Limosin 2009)

En effet, la clinique diffère de celle des sujets plus jeunes sur le plan psychopathologie et cognitif et se complique de problèmes somatiques et de perte d'autonomie.

La réduction de la symptomatologie positive se fait au profit de la symptomatologie négative. Cette diminution des symptômes positifs est aussi à mettre en lien avec le

vieillessement qui entraîne une dégradation de la fluence verbale et un appauvrissement du langage. L'aggravation clinique de la symptomatologie négative peut aussi s'expliquer par cette dégradation cognitive dont l'expression des symptômes est proche de ceux de la schizophrénie comme le manque de spontanéité, le manque de contact et le retrait affectif. Il existe une variabilité inter-individuelle. La dimension négative conditionne le niveau de handicap du patient dans les tâches de la vie quotidienne. (Raucher-Chéné et al. 2011)

La dimension dissociative est plus complexe et également intriquée avec le processus de vieillissement par la diminution de la production verbale d'une part et les troubles du cours de la pensée d'autre part. (Raucher-Chéné et al. 2011)

Sur le plan cognitif, les altérations touchent plus spécifiquement l'attention, les fonctions exécutives, et la mémoire explicite (rappel) (Raucher-Chéné et al. 2011)

Le remaniement des symptômes est secondaire au vieillissement mais aussi à la durée d'évolution de la maladie. Vieillessement et temporalité se renforce mutuellement. Le malade se crée un nouvel équilibre plus favorable. Le vieillissement le libère d'une pression sociale visant à tout prix à l'intégration et à l'adaptation aux contraintes sociales. La régression est alors mieux assumée avec une disparition de toutes culpabilités. Les conflits internes et les rivalités pulsionnelles s'amenuisent. (Ben-Aziza, Gacia, et Myslinski 2007)

En outre la dépendance psychique se majore et il émerge des mouvements régressifs. Cela nécessite l'appui sur l'entourage ou une institution psychiatrique. Les patients sont plus fréquemment hospitalisés pour des problèmes « sociaux », tels que l'épuisement familial ou le défaut de soutien, la solitude, que pour les problèmes psychiatriques aigus : rechute ou comportement dangereux.

(Ben-Aziza, Gacia, et Myslinski 2007)

Pour les autres troubles délirants persistants, les évolutions vont aussi globalement dans ce sens, mais pour les éléments de paranoïa, l'atténuation reste négligeable. Ces

troubles sont peu étudiés jusqu'à présent chez la personne âgée.

b) Psychoses tardives

Les psychoses tardives sont proches des descriptions historiques de la psychose hallucinatoire chronique. Ainsi, elles concernent plutôt les femmes et cliniquement, se caractérisent par des **hallucinations visuelles, tactiles et olfactives**. En outre, les hallucinations auditives sont plus rares. Lorsqu'elles sont présentes, elles sont plutôt de nature accusatrice et de type commentaire des actes. Des idées délirantes de persécution sont possibles.

En revanche, les troubles de la pensée et la symptomatologie négative et dissociative sont plus rares.

La réponse au traitement est généralement bonne et le pronostic est meilleur.

Des troubles cognitifs des fonctions exécutives et de l'apprentissage sont retrouvés.

De manière générale, les symptômes positifs et l'état psychopathologique global est moins sévère.

(Fremont 2004; Limosin 2009; Colijn, Nitta, et Grossberg 2015)

La schizophrénie tardive est aussi décrite dans la littérature médicale. Dans les classifications internationales actuelles, **la schizophrénie à début tardif** (« late onset ») s'évoque entre 40 et 60 ans et nous parlons de **schizophrénies à début très tardif** au-delà de 60 ans (« very late onset »). La distinction entre les deux formes réside principalement dans le processus d'évolution sous-jacent. Des hypothèses sur un processus neuro-développemental versus neuro-dégénératif sont étudiées.

La forme très tardive a des éléments en faveur d'une composante neuro-dégénérative (anomalie cérébrale, déficit neuropsychologique). Parmi les autres caractéristiques de cette forme nous retrouvons fréquemment les idées de persécution,

des hallucinations visuelles, tactiles et olfactives, une faible participation génétique et plus facilement des anomalies sensorielles. Il n'y a pas de symptômes négatifs hormis parfois un trouble du cours de la pensée.

(Reinhardt et Cohen 2015; Raucher-Chéné et al. 2011)

Ici aussi les troubles délirants persistants sont difficiles à évaluer chez le sujet âgé et sont peu documentés dans la littérature.

Les **délires paranoïaques** ont un tableau clinique proche de celui du délire sénile de préjudice décrit par Kraepelin en 1909. Ils touchent plutôt les femmes.

Les mécanismes utilisés sont **l'interprétation** surtout, mais aussi l'imaginatif ou l'hallucination (auditive) dans 30% des cas. Les thèmes sont **le préjudice, la persécution, la jalousie**, parfois la grandeur. Ils sont centrés sur le sujet ou son environnement proche.

Ce sont des délires bien construits, **systematisés**. Enfin, une participation affective est possible, généralement une tristesse de l'humeur.

Il n'y a pas de dissociation ni de désorganisation de la pensée.

(Pancrazi et Metais 2004)

Les paraphrénies sont souvent fantastiques sur des thèmes de filiation, de maternité.

(Pancrazi et Metais 2004)

B. Organiques

1. Symptômes psycho-comportementaux des démences

L'état délirant est un des symptômes psycho-comportementaux retrouvé dans les syndromes démentiels.

Les maladies démentielles sont essentiellement secondaires à une dégénérescence neuronale chronique et insidieuse évoluant sur plusieurs mois à plusieurs années en dehors du processus de vieillissement normal. Elles engendrent un **déclin cognitif progressif** dans un ou plusieurs domaines et/ou une **altération des fonctions comportementales**, ayant pour conséquence notable une perte d'autonomie et donc une dépendance dans les activités de la vie quotidienne. (Fong et al. 2015)

Le déclin cognitif se caractérise par une altération dans au moins un des domaines cognitifs suivant : l'attention complexe, les fonctions exécutives, la mémoire et l'apprentissage, le langage, la perception motrice, la cognition sociale. (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* 2013)

Les symptômes psycho-comportementaux se mêlent à ces symptômes neurocognitifs ce qui complexifie le tableau. Ils se manifestent par des distorsions de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement. Ils peuvent être séparés en sous-catégories : **les troubles affectifs et émotionnels, les troubles psychotiques, les troubles du comportement et les troubles des fonctions élémentaires**. Ils peuvent être un signe d'alerte avant l'évolution de la démence.

Certains symptômes orientent plus vers un type de démence. Ainsi les hallucinations sont plutôt en faveur d'une démence à corps de Lewy, l'impulsivité et la désinhibition plutôt en faveur d'une démence fronto-temporale.

(Benoit et al. 2005)

La fréquence et la sévérité des symptômes psychotiques, dont l'état délirant, varient aussi selon le stade de la maladie. Ils sont plus fréquents à un stade modéré de la maladie. (Reinhardt et Cohen 2015)

a) La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est **la cause la plus fréquente de syndrome démentiel**. Elle représente un enjeu majeur de santé publique car elle touche un grand nombre de sujets (environ un million de personnes en France).

Son diagnostic reste à ce jour un **diagnostic de probabilité** puisqu'il nécessite des critères physiopathologiques accessibles uniquement en post-mortem.

Néanmoins, cinq arguments sont nécessaires pour poser le diagnostic :

- Clinique : selon le stade. (cf)
- Neuro-imagerie : **atrophie hippocampique et du cortex temporal interne adjacent**, visible à l'**IRM** (imagerie par résonance magnétique) cérébrale.
- Imagerie métabolique : hypométabolisme (tomographie par émission de positrons) ou baisse de la perfusion (scintigraphie de perfusion) des cortex temporaux et pariétaux.
- Présence de biomarqueurs intrathécaux : protéine TAU, protéine TAU phosphorylée (dosage élevé) et protéine B-amyloïde (dosage faible).
- Bilan biologique sanguin négatif pour les diagnostics différentiels.

En pratique le diagnostic est retenu si l'examen clinique est en faveur ainsi que l'IRM cérébrale et le bilan sanguin négatif.

(Collège des enseignants de neurologie 2016)

Classiquement la maladie d'Alzheimer évolue en trois phases: la phase prodromale ou pré-démentielle, la phase d'état et la phase de démence très sévère.

La phase prodromale est caractérisée par une **atteinte de la mémoire épisodique** (stockage et consolidation) avec des plaintes mnésiques et un oubli à mesure. Cela signe une lésion au niveau hippocampique et du cortex temporal interne adjacent.

La phase d'état est caractérisée par une **altération des fonctions exécutives et instrumentales** (syndrome aphaso-apraxo-agnosique). A ce stade, la lésion s'est étendue au niveau des aires associatives : préfrontale, pariétale et temporale externe.

La phase de démence très sévère est caractérisée par l'**atteinte de l'ensemble des fonctions cognitives et l'apparition de troubles du comportement**.

Près d'un tiers des patients présentera un état délirant au cours de l'évolution de la maladie. Il émerge plutôt de manière épisodique mais récurrente. (Benoit et al. 2005)

Il existe une variation selon l'avancé de la maladie. L'état délirant a tendance à s'estomper avec l'évolution de la maladie. Il est plutôt présent à la phase initiale et au milieu. (Webster et Grossberg 1998)

A un **stade précoce**, les idées délirantes sont liées à la perte de mémoire et ont pour thème la **jalousie, le vol, la spoliation, la persécution**. C'est l'entourage proche du patient (famille, voisins) qui est concerné.

(Webster et Grossberg 1998) (Pancrazi et Metais 2004)

Les **hallucinations essentiellement visuelles**, parfois auditives et rarement olfactives, tactiles ou gustatives, surviennent lorsque la maladie est plus avancée. Elles sont assez stéréotypées et peu critiquées : scènes bizarres, monstres, agrémentés de voix ou de musique, intrusions, animaux ou objets. Elles concernent principalement le passé de la personne.

Des idées délirantes comme à la phase initiale peuvent se rencontrer. Les thèmes sont du même registre : **croyances fausses de vol, d'infidélité de son épouse, d'abandon, croyance que sa maison n'est pas sa maison, persécution**.

Il peut se rencontrer des délires du compagnon tardif où le sujet fait venir à ses côtés dans sa réalité des personnes du passé ou fantasmées.

A ce stade, il peut y avoir également du fait des troubles gnosiques, mnésiques et du jugement, des délires d'identification. Ils correspondent à une modification des perceptions de l'aspect ou de la forme des personnes ou des objets. De là naît quelquefois l'illusion du double du syndrome de Capgras où le conjoint est pris pour un imposteur.

Tout cela peut susciter chez le sujet une certaine **anxiété avec agitation et des comportements moteurs inappropriés** à type d'errance par exemple.

(Pancrazi et Metais 2004; Reinhardt et Cohen 2015; Colijn, Nitta, et Grossberg 2015)

b) La maladie à corps de Lewy diffus

La maladie à corps de Lewy diffus arrive en **seconde position** des causes de syndrome démentiel chez le sujet âgé.

Elle est caractérisée par la présence de **corps de Lewy** dans les **régions corticales ou subcorticales** du cerveau. Ce sont des inclusions intracytoplasmiques sphériques composées d'anomalie de phosphorylation des neurofilaments avec des agrégats protéiniques d'ubiquitine et d'alpha-synucléine. Ces dépôts de protéines entravent le flux de neurotransmetteurs entre les cellules nerveuses qui finissent par être détruites.

Cela entraîne une **diminution des récepteurs à la dopamine D2** et une forte sensibilité aux neuroleptiques pourvoyeurs de syndrome extrapyramidal, d'altération de la conscience et de confusion. Il est aussi noté un **déficit en cholinergique** et une augmentation de l'activité anticholinergique. (Benoit et al. 2005; Gore, Vardy, et O'Brien 2015)

La clinique est marquée par une **détérioration cognitive** de début insidieux, puis par un déclin sur plusieurs années jusqu'à interférer avec le fonctionnement social et occupationnel habituel du sujet. Il touche plus volontiers le suivi et l'attention visuelle, le fonctionnement visuo-spatial et la mémoire de travail. Les symptômes cognitifs **fluctuent** au cours du temps ce qui la démarque des autres syndromes démentiels. Une fluctuation de l'état de conscience est aussi possible, se manifestant par une somnolence diurne excessive et une baisse du niveau d'éveil.

Les troubles moteurs sont une autre facette du diagnostic. Ils se manifestent par un **syndrome extra-pyramidal** qui est présent dans 25 à 50% des cas au moment du diagnostic. Il peut être responsable de chute et de complication pour le sujet âgé.

Les symptômes psychotiques sont dominés par les **hallucinations visuelles**. Elles sont présentes dans 33% des cas à la phase initiale de la maladie et dans 50% des cas au cours de l'évolution. Il est retrouvé également des phénomènes d'illusion dans 56% des cas à la phase initiale et dans 65% des cas au cours de l'évolution. Des troubles du sommeil, principalement du sommeil profond sont relatés. Ils peuvent être précurseurs de tous les autres symptômes. Enfin, l'humeur peut être altérée dans un registre dépressif.

(Gore, Vardy, et O'Brien 2015; Reinhardt et Cohen 2015)

A l'imagerie le lobe temporal médian et l'hippocampe sont préservés à la différence de la maladie d'Alzheimer. En revanche il y a une **atrophie corticale globale**, plus marquée dans les régions fronto-pariéto-occipital et subcortical.

Une mesure de l'activité dopaminergique du corps strié peut orienter le diagnostic avec une sensibilité de 78% et une spécificité de 90%.

(Gore, Vardy, et O'Brien 2015)

L'état délirant de la démence à corps de Lewy est caractérisé par son mécanisme hallucinatoire particulier.

Les hallucinations surviennent de façon **précoce, prodromale** durant les cinq premières années d'évolution de la maladie dans 60% des cas. Cela est souvent source d'errance diagnostique du fait de la survenue secondaire du déclin cognitif.

Elles sont plus volontiers **vespérales** et assez spécifiques par leurs caractères **visuelles, colorées**, à type d'animaux ou de personnages familiers vivants ou décédés. Elles sont généralement bien tolérées et souvent critiquées.

Elles s'intègrent dans un **délire non systématisé**.

Elles peuvent être associées à des troubles du comportement en sommeil paradoxal tels que des cauchemars, des mouvements nocturnes ou une confusion au réveil.

(Pancrazi et Metais 2004; Benoit et al. 2005)

c) La démence vasculaire

Elle survient à la suite de **lésions cérébrales par atteinte des petites artères**. Elle est secondaire à des maladies générales comme le **diabète** ou **l'hypertension artérielle** qui sont courantes chez le sujet âgé.

Dans la démence vasculaire, le délire est plutôt de mécanisme **hallucinoire**. Tout type d'hallucination est possible, de l'hallucination critiquée à l'hallucination avec conscience altérée. Elles dépendent de la localisation des lésions. (Reinhardt et Cohen 2015; Pancrazi et Metais 2004)

La sévérité des symptômes psychotiques est corrélée à l'étendu de la zone cérébrolésée. En revanche, il n'existe pas de lien entre la sévérité des symptômes démentiels et psychotiques. (Colijn, Nitta, et Grossberg 2015)

d) Démence de la maladie de Parkinson

Les symptômes psychotiques qui sont essentiellement des hallucinations, surviennent généralement à un **stade démentiel** de la maladie de Parkinson, qui lui-même apparaît après au moins cinq ans d'évolution de la maladie. La complexité des états délirants du patient âgé parkinsonien réside dans l'individualisation des symptômes. Effectivement, les traitements antiparkinsoniens par leur action dopaminergique sont aussi pourvoyeurs de ces symptômes. (Colijn, Nitta, et Grossberg 2015; Pancrazi et Metais 2004)

De surcroît, il faut distinguer les hallucinations directement liées à la maladie de Parkinson de celle secondaire au déclin cognitif induit par la maladie. Les premières sont plutôt bénignes et bénéfiques pour préserver l'insight du patient. Les secondes sont plus complexes et éprouvantes pour le patient et son entourage. Elles sont de plus mauvais pronostic, pourvoyeuses d'épuisement chez l'aidant, et augmentent le risque d'institutionnalisation. (Reinhardt et Cohen 2015)

Dans près de 70% des cas, ce sont des **hallucinations visuelles élaborées** à type

de scènes cinétiques ou statiques concernant des personnages. Elles sont le plus souvent vespérales et critiquées par le patient. (Pancrazi et Metais 2004)

Elles apparaissent lorsque les patients sont seuls, entrain de lire ou de regarder la télévision. Le patient rapporte la visualisation d'une personne étrangère dans la pièce ou derrière une fenêtre. Ces hallucinations sont récurrentes et c'est la même personne qui a tendance à se reproduire à chaque fois. Des hallucinations auditives peuvent se rajouter. L'apparition des hallucinations dans la maladie de Parkinson est souvent concomitante au début des troubles cognitifs démentiels.

Les thèmes délirants sont typiquement **paranoïaques** avec des idées de jalousie. Elles touchent 30% des patients présentant une maladie de Parkinson traité pour leurs symptômes moteurs.

(Borek et Friedman 2014)

2. Iatrogénie médicamenteuse

De nombreux médicaments, toutes classes confondues (antidépresseurs, antalgiques, anti-inflammatoires, antibiotiques), peuvent entraîner des symptômes délirants.

Chez le sujet âgé, les **benzodiazépines** occupent la première place, surtout les benzodiazépines de longue durée d'action. Elles sont pourvoyeuses d'état délirant mais aussi d'état confusionnel qui lui-même intègre des symptômes délirants.

(Vaille-Perret et al. 2003; Airagnes et al. 2016)

3. Confusion

L'état confusionnel est fréquent chez le sujet âgé. Il se caractérise par des **troubles de l'attention et de la conscience** qui surviennent assez **brutalement** et qui durent de quelques heures à quelques jours. La sévérité de l'atteinte **fluctue** au cours de la journée. A cela s'ajoute des **troubles cognitifs** : déficit de la mémoire, désorientation, trouble du langage, des capacités visuo-spatiales et de la perception. Il se caractérise également par

une désorganisation de la pensée et des **symptômes délirants non systématisés** et polymorphes en termes de thèmes et de mécanismes. Les troubles de l'attention et des cognitions ne doivent pas être expliqués par des troubles neurocognitifs préexistants, établis ou évoluant et ne doivent pas être observés dans un contexte où le niveau d'éveil est sévèrement réduit comme dans le coma par exemple. L'histoire du patient, un examen physique ou biologique peut mettre en évidence que le trouble est une conséquence physiologique directe d'une autre condition médicale, du retrait ou d'une intoxication à une substance, ou de l'exposition à une toxique, ou d'origine multifactorielle.

(Pancrazi et Metais 2004; *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* 2013)

4. Autres causes organiques

Il faut citer les troubles métaboliques, les infections (méningite, encéphalite, neurosyphilis, VIH, pneumonie), les causes neurologiques (épilepsie, tumeur, accident vasculaire cérébral, maladie de Huntington, sclérose latérale amyotrophique, encéphalite limbique, maladie auto-immune) et endocriniennes (dysthyroïdie et parathyroïdie, dysglycémie). (Pancrazi et Metais 2004)

C. Formes particulières

1. Le syndrome d'Ekbom

Il s'agit d'un **délire d'infestation cutanée**. Le patient a une conviction délirante d'être infesté par des parasites externes qui cheminent sur et sous la peau. Cela peut conduire à l'apparition de rituels obsessionnels visant à se débarrasser des parasites.

Ce syndrome est favorisé par l'atrophie cutanée et les dysesthésies qui en résultent chez la personne âgée.

Certains terrains sont prédisposant comme la bipolarité ou le délire paranoïde.

Ce syndrome s'accompagne fréquemment de dépression.

(Vaille-Perret et al. 2003; Pancrazi et Metais 2004)

2. Le syndrome de Charles Bonnet

Il s'agit d'un **épisode d'hallucination visuelle complexe** spécifique du sujet âgé.

L'hallucination est composée de scènes élaborées en mouvement, colorées, en relief, répétitives, muettes représentant des animaux ou des personnages et créant une forte impression de réalité.

La durée de l'épisode hallucinatoire est variable (quelques secondes à quelques heures).

Il n'y a aucun caractère inquiétant ou anxiogène pour le patient qui se retrouve spectateur de ses propres hallucinations et en fait une critique partielle.

Ce phénomène survient chez des sujets qui ont une **réduction notable de leurs capacités visuelles** (cataracte, rétinopathie ou déficit des aires associatives visuelles dans certains cas de démence) et est **secondaire à une occlusion oculaire brutale** entraînant une altération importante de l'acuité visuelle. Il est favorisé par la baisse de la luminosité en fin de journée. Il peut se produire plusieurs fois dans les mois qui suivent l'occlusion.

Il n'y a pas systématiquement de déficit cognitif sous-jacent, mais la question d'un signe précoce de démence se pose.

L'évolution est généralement spontanément résolutive en quelques semaines ou mois et ne nécessite pas de traitement particulier.

(Vaille-Perret et al. 2003; Bazin 2004; Pancrazi et Metais 2004; Bloch et al. 2011)

3. La folie à deux ou trouble psychotique partagé

L'état délirant est alimenté par **un couple d'individu**. Il s'agit souvent d'un couple père-fille ou mère-fille dont l'un des deux est âgé.

Il est fréquemment retrouvé une **structure psychotique chez l'un des deux individus et des facteurs de vulnérabilité chez l'autre**.

Les facteurs favorisant ce syndrome sont la solitude et l'isolement.

(Vaille-Perret et al. 2003)

4. La paranoïa des sourds

Décrite par Kraepelin au XIX^{ème} siècle elle touche les sujets âgés souffrant d'**hypercousie sévère**. Les mécanismes délirants sont **l'interprétation et l'hallucination auditive**. Le thème principal est la **persécution**.

Certains traits de personnalité semblent prédisposant, tels que la méfiance, la revendication, le repli.

(Pancrazi et Metais 2004)

5. L'illusion des sosies de Capgras

C'est un **délire systématisé d'identification des personnes** individualisé par Joseph Capgras en 1923. Le malade a une conviction délirante qu'une ou des personnes de son entourage ont été remplacées par des doubles physiquement identiques mais avec de mauvaises intentions. Le thème du délire est la **persécution** avec un usurpateur malveillant. Il existe une discordance entre la reconnaissance physique du visage et la non reconnaissance affective du proche. (Henriet, Haouzir, et Petit 2008)

VII. Orientation diagnostique

A. Examen clinique et paraclinique

L'histoire, la survenue et l'évolution du trouble psychotique et l'examen physique sont indispensables pour l'orientation diagnostique dans la mesure où il n'existe pas de signe pathognomonique pour distinguer les troubles psychotiques primaires de secondaires. (Reinhardt et Cohen 2015)

Ainsi, un **interrogatoire minutieux** est primordial. La **participation de l'entourage** pour le recueil des données est souvent utile dans cette tranche d'âge.

Il est important de déterminer l'âge de survenue des idées délirantes. Un recueil des comorbidités est également souhaitable.

L'évaluation psychiatrique s'intéresse à la structure de personnalité du patient, à la qualité de son humeur et surtout à la **caractérisation du délire**.

L'évaluation somatique nécessite un examen général comprenant entre autre une évaluation gériatrique standardisée et un examen neurologique scrupuleux. Il est important d'y intégrer un **bilan cognitif minimal**.

Il n'y a à ce jour pas d'examen complémentaire obligatoire bien qu'un bilan biologique et une imagerie cérébrale dans le cadre du bilan cognitif et des diagnostics différentiels sont intéressants.

Un **bilan biologique** de base permettant de détecter les causes curables de délire est utile. Il comprend : une numération de la formule sanguine, un ionogramme sanguin, un dosage de la CRP, de la TSH, des ASAT et ALAT, et selon orientation clinique de la vitamine B12, des folates, et des sérologies VDRL et TPHA, VIH et autres. Il est utile aussi de penser d'ores et déjà aux éventuelles thérapeutiques envisagées et de compléter le bilan si besoin, notamment si l'introduction d'un antipsychotique est discutée. Dans ce cas il est important d'évaluer les fonctions rénales et hépatiques et de connaître le statut

lipidique et glycémique de base.

Toujours dans le bilan pré-thérapeutique il est important de réaliser un ECG.

L'examen d'imagerie peut différer selon l'hypothèse diagnostique envisagée, toutefois une **TDM cérébrale** permettant d'éliminer les diagnostics différentiels urgents (hématome, accident vasculaire cérébral, tumeur...) est souhaitable. Pour une analyse plus fine du syndrome démentiel il est plutôt recommandé une **IRM cérébrale**. Enfin, dans certain cas comme la démence à corps de Lewy diffus, un DAT-TDM est parfois indiqué pour distinguer une démence à corps de Lewy diffus d'une maladie d'Alzheimer lorsque la clinique ne le permet pas.

(Pancrazi et Metais 2004; Arbus et al. 2012; Berrut et Decker 2015)

Une étude japonaise tente de mettre en évidence des corrélations anatomo-cliniques entre les thématiques délirantes dans la maladie d'Alzheimer et des imageries cérébrales type pet scan. Par exemple, les idées de persécution s'activeraient en regard du lobe temporal, les idées de vol au niveau du gyrus temporal inférieur droit, et les idées de « résidence is not home » au sein de l'amygdale. Mais cela reste au stade de la recherche pour le moment. (Nakatsuka et al. 2014)

B. Échelles d'évaluation

Il n'existe pas d'instrument spécifique pour évaluer le délire en corrélation avec l'âge du patient. Certaines échelles peuvent être utilisées mais elles ne sont pas spécifiques ni du délire au sens large ni de la tranche d'âge considérée.

En voici quelques exemples :

- **SANSS** (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) : évaluation et suivi des symptômes négatifs de la psychose.
- **PANSS** (Positive And Negative Syndrom Scale) : évaluation et suivi des signes positifs et négatifs de la psychose.
- **PDI** (Peters and al. Delusional Inventory) : inventaire des délires.

- **NPI** (Neuro-Psychiatric Inventory) : inventaire neuropsychiatrique de la démence.

Cette échelle évalue douze symptômes parmi les plus fréquemment rencontrés dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Elle recueille la fréquence et la sévérité de chacun et le retentissement sur l'aidant.

- **Nu-DESC** (Nursing Delirium Screening Scale) : échelle observationnelle courte et valide dans plusieurs langues. Spécialement conçue pour les infirmières.

Elle évalue cinq items : orientation, comportement, communication, illusion/hallucination, retard psychomoteur. Deux points sont cotés par item. Un score de 0 à 10 est obtenu. S'il est supérieur à 2 il faut évoquer une confusion.

- **CAM** (Confusion Assessment Method) : échelle observationnelle avec une composante interactive.

Elle comprend neuf critères dont 4 principaux qui sont le début brutal et la fluctuation des symptômes, le trouble de l'attention, la désorganisation de la pensée, l'altération du niveau de conscience.

(van Velthuisen et al. 2016; Gore, Vardy, et O'Brien 2015; Lawlor et Bush 2014; De et Wand 2015; Pancrazi et Metais 2004)

C. Examen neuropsychologique

L'examen neuropsychologique est généralement dispensé dans un centre de la mémoire. Le plus souvent, les patients y sont adressés suite à l'apparition de troubles cognitifs ou de modification du comportement tels qu'une dépression, une réduction de l'activité, un désintérêt, une anhédonie.

L'intérêt d'un tel examen est d'étayer un diagnostic et notamment d'éliminer des diagnostics différentiels, mais aussi d'établir un pronostic selon le degré d'altération.

Il s'effectue en présence d'un accompagnant pour recueillir les antécédents médicaux personnels et familiaux, l'histoire du trouble et son retentissement sur les activités de la vie quotidienne. Il inclut un examen général, neurologique et cardiovasculaire et de l'IADL (Instrumental Activities of Daily Living) pour l'autonomie. (Baudic et al. 2005)

VIII. Prise en charge

La prise en charge des patients âgés présentant un état délirant est double.

Elle est **étiologique** en premier lieu s'il est retrouvé une cause curable.

Elle est **symptomatique** d'autre part et vise avant tout à apaiser leur souffrance, à améliorer leur confort et leur qualité de vie plutôt qu'à amender strictement leurs symptômes surtout s'ils sont peu gênants. Il est primordial de mettre en place selon les moyens locaux des **mesures non médicamenteuses** adaptées à l'âge et dont les effets ont prouvé leur efficacité. L'introduction de **médicaments** est possible aussi au cas par cas mais nécessite de bien évaluer le rapport bénéfice risque et d'avoir un regard global sur le patient et son environnement.

C'est une prise en charge qui est dans la mesure du possible **multidisciplinaire** et dont l'alliance thérapeutique est à construire avec le patient mais aussi avec ses aidants.

A. Symptomatique

1. Mesures non médicamenteuses

Que le lieu de vie du patient soit son domicile ou une institution, des aménagements sont souhaitables aussi bien pour l'environnement spatial que temporel.

a) Choix du lieu de vie et soins

Le lieu de vie du patient âgé délirant varie selon son **niveau d'autonomie**, le niveau **d'investissement de ses proches** et ses **propres souhaits**. Ainsi il peut résider dans un logement individuel avec des aides selon les besoins, dans une famille d'accueil ou dans

une institution de type établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou une unité de soins de longue durée (USLD) entre autres. (Raucher-Chéné et al. 2011)

Le choix d'un *logement individuel* nécessite le recours à des **soins gériatriques et psychiatriques** de proximité de type **consultations médicales, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpitaux de jour (HDJ), visite à domicile (VAD), service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) voire hospitalisation à domicile (HAD)**. (Raucher-Chéné et al. 2011)

L'admission dans une *famille d'accueil* à l'avantage de préserver un cadre de vie en milieu ordinaire. Il n'y a pas de médicalisation. Ce dispositif est réservé aux patients stables. Il existe les familles d'accueil sociales qui sont gérées par le conseil général et les familles d'accueil thérapeutiques qui sont gérées par les établissements psychiatriques. Les soins peuvent être les mêmes que dans un logement autonome. (Raucher-Chéné et al. 2011)

L'accueil en *institution* type EHPAD ou USLD dépend de l'âge du patient. Généralement l'admission est possible à partir de 60 ans, avant il est nécessaire de demander une dérogation d'âge auprès du conseil général. L'objectif de ces structures est de préserver ou de pallier aux déficits moteurs et cognitifs. Dans certaines structures les patients peuvent bénéficier d'une **équipe de gérontopsychiatrie de liaison** pour favoriser l'accueil et l'intégration des patients souffrant de pathologie psychique, ou de **pôle d'activités et de soins adaptés** en maison de retraite (PASA). (Raucher-Chéné et al. 2011)

Dans le cas des psychoses vieilles ou tardives, il sera essayé au maximum de favoriser l'insertion sociale des patients en offrant des soins de proximité permettant d'être au plus proche du patient. C'est le rôle des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, des hôpitaux de jour, des établissements et services d'aide par le travail, des appartements thérapeutiques.

Néanmoins, les sujets psychotiques sont plus vulnérables et donc davantage touchés par les phénomènes de vieillissement. Il y a une altération plus rapide de leur autonomie et du niveau de dépendance. Ainsi paradoxalement, bien que la symptomatologie psychiatrique ait tendance à s'atténuer avec l'âge, le recours aux hospitalisations en psychiatrie a une tendance à se faire de plus en plus fréquent. La durée d'hospitalisation s'allonge avec les conséquences sociales qui en découlent : aggravation de la perte d'autonomie, perte des repères sociaux habituels, difficulté voire impossibilité de retourner à domicile, majoration des symptômes cognitifs et psychiatriques.

Le choix du lieu de vie pour ces patients-là peut être un véritable problème avec l'apparition d'une dépendance institutionnelle. L'hôpital vient se substituer à la maison de retraite malgré les études montrant la bonne adaptation des patients psychotiques chroniques vieillissants au sein de structures classiques : réhospitalisations rares, réinvestissements des familles, disparition de l'image du « fou » au profit de celle de « personne âgée ».

Il existe un caractère bénéfique de l'admission en maisons de retraites de ces patients avec maintien d'un suivi psychiatrique régulier. Cela soulève également la question des structures intermédiaires.

(Raucher-Chéné et al. 2011; Ben-Aziza, Gacia, et Myslinski 2007)

b) Aménagement du lieu de vie

Dans les *institutions*, l'idéal est d'accueillir un nombre de patients limités, dans un espace adapté : **espace vaste, circulaire ou structure de type abbaye avec une cour centrale.**

Il est judicieux de créer des **zones de regroupement et de déambulation libre**, d'utiliser des serrures adaptées pour limiter le risque de fugue, de favoriser un **éclairage intense** avec peu de variation lumineuse dans la journée. Une **musique douce** peut être propice à l'apaisement, dans tous les cas il faut éviter les bruits intempestifs.

Des espaces adaptés pour l'animation, les rencontres avec la famille sont souhaitables.

Afin de faciliter le repérage des patients, les portes pourront être de différentes couleurs, mais les portes de service peuvent être fondues dans la couleur du mur. De même des zones de lumière et d'obscurité peuvent aider aussi à canaliser les déplacements du malade.

Il est appréciable de prévoir un accès extérieur à un environnement naturel clos et sécurisé.

Il sera veillé à **préserver l'intimité du malade**. Une attention sera portée sur la décoration des murs pour éviter les motifs répétitifs. Un **ameublement sans empiétement** permettra de limiter le risque de chute. L'**affichage d'indicateurs temporels** (calendrier, horloge de grande taille) permet au patient de mieux se repérer.

Les salles à manger doivent pouvoir s'adapter au niveau d'évolution des patients.

Dans tous les cas, les modifications à apporter à l'environnement doivent tenir compte du stade d'évolution de la maladie.

(Benoit et al. 2005)

A *domicile*, un aménagement matériel de l'habitat est parfois nécessaire. De plus selon les possibilités les mesures citées plus haut peuvent aussi être réalisées. (Tessier et al. 2003)

c) Rythme de vie

Le rythme de vie de la personne âgée est à préserver au maximum même en cas d'état délirant. Il est conseillé de **limiter le décubitus** et de **maintenir le rythme veille-sommeil** par la fermeture des volets la nuit et l'ouverture en journée, ainsi que le déroulement habituel d'une journée avec la prise des repas trois fois par jour pour préserver l'état nutritionnel et d'hydratation.

Il est important de mobiliser un minimum quotidiennement les patients avec si possible l'inscription dans des activités thérapeutiques.

(Inouye, Westendorp, et Saczynski 2014; van Munster et de Rooij 2014; Ford 2016)

d) La psychothérapie

C'est une part importante de la prise en charge de l'état délirant du sujet âgé. Elle varie selon la demande du patient et ses capacités d'introspection. Ce peut être : de la musico-thérapie, des thérapies de stimulation cognitive, la méthode Snoezelen (stimulation multisensorielle contrôlée), des thérapies comportementales, des réunions d'entraînement/éducation, de la remédiation cognitive, des thérapies familiales interventionnelles...

Il est intéressant d'utiliser des techniques centrées sur le corps comme la relaxation ou les massages. Cela permet au patient âgé de réinvestir son corps comme objet de plaisir et de relation. Il restaure ainsi du contrôle dans ses perceptions ce qui lui permet de réduire son angoisse.

(Benoit et al. 2005; Reinhardt et Cohen 2015; Colijn, Nitta, et Grossberg 2015)

e) Les soins paramédicaux

Ils sont variés et à adapter à chaque patient. Il peut s'agir de l'**ergothérapie** qui peut apporter une aide précieuse pour le maintien de l'autonomie, mais aussi de la **kinésithérapie** ou de l'**orthophonie** par exemple. (Tessier et al. 2003)

f) Les mesures sociales

Il s'agit à la fois de l'**instauration d'aides** selon les besoins mais aussi de la mise en place d'une **mesure de protection des biens**. (Benoit et al. 2005; Reinhardt et Cohen 2015)

C'est aussi la **prise en charge de l'aidant** par un soutien psychologique, par de l'information et des formations sur la maladie, de la psychoéducation lors d'entretiens familiaux, de l'orientation dans un réseau de soutien (social, amicale, association, structure de répit).

(Benoit et al. 2005; Reinhardt et Cohen 2015)

2. Mesures médicamenteuses

a) Les neuroleptiques

En octobre 2007, la HAS publiait un document dans lequel elle stipulait que l'usage des psychotropes en France chez la personne âgée est inapproprié et souvent délétère. La plupart des psychotropes utilisés de manière chronique dans cette population vulnérable ont des risques supérieurs aux bénéfices. (HAS 2007b)

Aussi, ils sont à considérer après échec des mesures non médicamenteuses et si l'état délirant est mal toléré par le patient et nécessite une sédation immédiate. S'il n'y a pas de répercussions notables de l'état délirant sur le patient ou sa famille **il peut être préférable de tolérer les symptômes délirants plutôt que d'introduire un traitement potentiellement pourvoyeur d'effets indésirables**. (HAS 2009b)

En effet, ils sont à manier avec prudence et tout particulièrement dans cette tranche d'âge d'autant plus que très peu d'études se sont attardées sur les propriétés des neuroleptiques pour le sujet âgé. A ce jour les recommandations sont basées sur les résultats des études réalisées dans des populations d'adultes jeunes essentiellement.

Il faut tenir compte chez ces patients de la réduction du débit cardiaque, et des diminutions des flux sanguins rénaux et hépatiques en adaptant les posologies. L'absorption, la distribution, le métabolisme et l'excrétion sont différentes. Les effets des médicaments en termes de durée et de sensibilité sont augmentés aussi bien pour l'effet thérapeutique recherché que pour les effets secondaires.

(Reinhardt et Cohen 2015; P. M. Charazac 2013; Arbus et al. 2012)

Les neuroleptiques augmentent le risque de mortalité par infection, d'événement cardio-vasculaire ou cérébrovasculaire. (Reinhardt et Cohen 2015; Limosin 2009)

De surcroît, les antipsychotiques sont pourvoyeurs de confusion et de délire, donc il y a un risque d'effet paradoxal avec majoration des symptômes délirants.

Ils sont plutôt à réserver aux patients présentant une **agitation sévère avec mise en danger** ou des symptômes psychotiques types hallucinations ou idées délirantes causant des **troubles sévères du comportement** type agressivité, colère/irritabilité.

Il n'y a pas d'efficacité sur les capacités fonctionnelles, sur la nécessité de soins, ou sur la qualité de vie.

(Reinhardt et Cohen 2015; Benoit et al. 2005; Inouye, Westendorp, et Saczynski 2014)

Les **antipsychotiques atypiques** avec une activité sérotoninergique prédominant sur l'action dopaminergique sont à privilégier par rapport aux neuroleptiques classiques car ils sont mieux tolérés avec moins de syndrome extrapyramidal, moins d'activité anticholinergique et moins d'effets indésirables cardiaques. Néanmoins, ils restent pourvoyeurs de prise de poids, de syndrome métabolique, et d'aggravation des comorbidités somatiques fréquentes dans cette tranche d'âge. (Limosin 2009; Arbus et al. 2012)

L'étude CATIE montre une augmentation du déclin cognitif sous antipsychotique versus placebo. La quétiapine semble être le moins délétère. (Reinhardt et Cohen 2015)

Les traitements possibles après évaluation du bénéfice-risque et en commençant à la plus faible dose jusqu'à la posologie minimale efficace sont :

- la **risperidone** de 0,5 à 1-1,5 mg/j. Au delà de 1 mg/j il risque d'y avoir des effets secondaires délétères. Seule la risperidone à l'AMM dans les troubles du comportement de l'âgé. Elle est indiquée pour « le traitement de courte durée (jusqu'à 6 semaines) de l'agressivité persistante chez les patients présentant une démence d'Alzheimer modérée à sévère ne répondant pas aux approches non pharmacologiques et lorsqu'il existe un risque de préjudice pour le patient lui-même ou les autres ». (Vidal 2016)
- l'olanzapine de 2,5 à 5-10 mg/j
- la quétiapine de 12,5 à 200 mg/j.
- l'aripiprazole de 2,5 à 12,5 mg/j. Il possède une activité agoniste partielle des récepteurs dopaminergiques D2. Son efficacité est équivalente aux autres antipsychotiques mais il a moins d'effets secondaires de type syndrome extrapyramidal, sédation, prise de poids.
- la clozapine : bonne efficacité et tolérance dans les démences parkinsoniennes, mais non recommandée dans les autres démences car le risque de neutropénie prend le dessus sur les bénéfices attendus.

(Reinhardt et Cohen 2015; Benoit et al. 2005; Kirino 2015; Pancrazi et Metais 2004)

Seules la risperidone et l'olanzapine sont citées dans le rapport de la HAS portant les troubles du comportement en cas de maladie d'Alzheimer ou apparentée. (HAS 2009b)

Ils sont à prescrire à la **dose minimale efficace** et pour une **courte durée** (1-2 jours). Le traitement doit être régulièrement réévalué pour ne jamais les laisser au long court. (Inouye, Westendorp, et Saczynski 2014)

La maladie de Parkinson et la démence à corps de Lewy nécessitent une vigilance particulière. En effet, les antipsychotiques peuvent majorer les symptômes extrapyramidaux. Il est nécessaire au préalable de bien équilibrer les traitements antiparkinsoniens.

La **clozapine** à la dose de 6,25 à 50 mg/j ou la **quétiapine** à la dose de 12,5 à 150

mg/j sont à privilégier car ils possèdent peu d'effets antiparkinsoniens.

(Reinhardt et Cohen 2015; Borek et Friedman 2014)

b) Les benzodiazépines

L'utilisation de benzodiazépines est à manier avec prudence chez le sujet âgé.

Cette classe de médicaments peut majorer les troubles cognitifs et les éléments délirants, surtout si les molécules choisies ont une demi-vie longue. Il s'y rajoute les risques de sédation excessive, d'agitation paradoxale, de chutes, de syndrome de manque en cas de sevrage brutal. (Benoit et al. 2005)

Il n'y a pas de relation entre l'amendement des symptômes délirants et les benzodiazépines, sauf dans le cas d'un sevrage en alcool. (Airagnes et al. 2016)

Elles sont indiquées dans l'état délirant si :

- les **antipsychotiques sont contre indiqués ou insuffisants** pour réduire l'agitation liée au délire.
- dans les **soins palliatifs**.
- ou s'il existe un risque de **sevrage en alcool**.

(Airagnes et al. 2016)

Il faut alors utiliser plutôt des molécules à demi-vie courte, non métabolisées par le foie et sans métabolites actifs comme l'**oxazépam** ou le **lorazépam**. (Benoit et al. 2005)

c) Les antidépresseurs

Certains antidépresseurs de type **sertraline** ou **citalopram** ont montré une efficacité sur les troubles du comportement dans le syndrome démentiel et sont mieux tolérés que les antipsychotiques. De manière plus générale, les inhibiteurs spécifiques de la recapture

de la sérotonine ont été étudiés sur les symptômes délirants et l'agressivité, notamment dans la maladie d'Alzheimer, mais leur utilisation dans cette indication reste encore peu employée. (Reinhardt et Cohen 2015; Airagnes et al. 2016; Arbus et al. 2010)

3. Qu'en est-il de la sismothérapie et des autres techniques de neurostimulation ?

a) La sismothérapie

La sismothérapie est un traitement qui reste **possible chez les sujets âgés** même jusqu'à un âge avancé.

C'est une piste intéressante en cas d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité des psychotropes. Elle a montré son efficacité, notamment pour la dépression avec un bénéfice supérieur à celui des antidépresseurs dans certains cas et peut même être utilisée comme test thérapeutique dans cette indication.

Les principales indications de l'ECT également valables chez le sujet âgé sont : **les états dépressifs sévères** avec pronostic vital engagé (altération de l'état général sévère ou risque suicidaire élevé) ou contre-indication aux thérapeutiques habituelles, les **dépansions délirantes** ou avec des **symptômes catatoniques**, mais aussi la manie et la schizophrénie.

L'ECT peut également apporter des bénéfices sur les **signes moteurs dans la maladie de Parkinson** même si cela est encore peu pratiqué.

Il y a peu de données actuellement sur l'efficacité de l'ECT dans le syndrome démentiel car il ne fait pas partie des indications retenues.

L'utilisation de l'ECT chez l'âgé est reconnue pour son **efficacité** et son **délai d'action rapide** contrairement aux antidépresseurs.

Pour ce qui est de l'état cognitif, l'ECT n'est pas pourvoyeuse de lésions cérébrales, cependant elle peut engendrer des troubles mnésiques qui peuvent aggraver un trouble cognitif débutant, d'où l'importance d'évaluer au préalable le rapport bénéfice/risque.

(Colijn, Nitta, et Grossberg 2015; Borek et Friedman 2014; Tessier et al. 2003; Vanelle, Sauvaget-Oiry, et Juan 2008; Gálvez et al. 2015)

b) La stimulation magnétique transcrânienne répétée

La rTMS est reconnue comme un traitement sécurisé et efficace chez l'adulte notamment dans la dépression. C'est une technique non invasive, indolore et avec peu d'effets secondaires. Son utilisation chez l'âgé est possible mais reste encore assez rare.

L'avantage de cette technique pour l'âgé est qu'elle ne nécessite pas d'anesthésie générale. De plus, la rTMS ne semble pas avoir d'effets négatifs sur les cognitions.

Son efficacité chez le sujet âgé est encore controversée, notamment pour la dépression délirante. Toutefois, elle a montré des effets bénéfiques sur les hallucinations des schizophrénies dont les schizophrénies à début tardif.

(Vernay, Haesebaert, et Poulet 2012; Gálvez et al. 2015)

c) La stimulation transcrânienne à courant direct

La tDCS est à ce jour une technique expérimentale non invasive et indolore. Elle n'est pas contre indiquée chez l'âgé. Sa principale indication reste la dépression mais elle peut aussi être utilisée pour les hallucinations. Il existe une bonne tolérance mnésique ce qui est une composante essentielle pour l'âgé et elle ne nécessite pas d'anesthésie générale. (Vernay, Haesebaert, et Poulet 2012; Gálvez et al. 2015)

B. Quelques particularités selon l'étiologie

1. Syndrome démentiel

Dans un contexte de syndrome démentiel de type maladie d'Alzheimer, une utilisation appropriée des **anticholinestérasiques** (donepezil, rivastigmine, galantamine) et de la **mémantine** est intéressante. Les études ont rapporté un bénéfice modeste pour les troubles cognitifs mais ont montré une efficacité pour réduire les symptômes comportementaux (psychotiques compris dont l'état délirant) et éventuellement éviter le recours à un autre agent pharmacologique plus néfaste.(Reinhardt et Cohen 2015; Pancrazi et Metais 2004)

2. Psychoses vieilles

La régulation par un traitement retard est plus difficile chez l'âgé. Il est plutôt préconisé d'utiliser des **neuroleptiques atypiques sans effet anticholinergique** de type **clozapine ou quétiapine** avec des posologies adaptées qui diffèrent de celle de l'adulte. (O'Sullivan, Inouye, et Meagher 2014)

3. Troubles de l'humeur

L'utilisation d'antidépresseurs est à considérer avec prudence. Le choix doit s'orienter vers un **antidépresseur sans impact cholinergique**, mieux tolérés dans cette tranche d'âge. Les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine sont possibles mais attention certains comme la paroxétine possèdent un effet anticholinergique.

La **sismothérapie** est possible également, notamment en cas de dépression délirante. Elle permet de limiter les médicaments et leurs risques. Elle peut être indiquée en première intention chez les sujets particulièrement fragiles.

Si la sismothérapie est contre-indiquée, il faut préférer la meilleure combinaison antidépresseur/antipsychotique sur le plan des interactions et de la tolérance.

Par exemple pour une dépression délirante : olanzapine-sertraline. Il y a à ce jour peu d'études publiées sur les combinaisons possibles. Dans la bipolarité les études concernent principalement les adultes jeunes, il y en a peu qui sont spécifiques du sujet âgé. Par extrapolation des traitements de l'adulte il est recommandé un antipsychotique atypique ou une combinaison olanzapine-fluoxétine si le tableau est mixte.

(Reinhardt et Cohen 2015; O'Sullivan, Inouye, et Meagher 2014)

4. Troubles du spectre de la schizophrénie

Certaines études suggèrent plutôt les antipsychotiques atypiques que les neuroleptiques classiques qui permettent un ralentissement de la détérioration cognitive. Mais cela reste controversé. (Raucher-Chéné et al. 2011)

Pour le trouble schizo-affectif, un antipsychotique à dose faible avec plus ou moins un thymo-régulateur et un antidépresseur est possible. (Raucher-Chéné et al. 2011)

5. Troubles délirants persistants

Le traitement par des neuroleptiques à dose réduite est nécessaire.

En première intention, il est possible de mettre de la risperidone à la dose de 0,75 à 2,5 mg/j.

L'olanzapine (5 à 10 mg/j) et la quétiapine (50 à 200 mg/j) sont également utilisées.

(Reinhardt et Cohen 2015)

6. Confusion

Dans la confusion, en cas de trouble du rythme circadien, certains auteurs

recommandent l'introduction de mélatonine le soir à dose physiologique afin d'améliorer le sommeil donc la confusion et le délire. Cela reste à ce jour controversé.

(O'Sullivan, Inouye, et Meagher 2014; Al-Aama et al. 2011; Walker et Gales 2016)

QUATRIEME PARTIE: DISCUSSION

1. Cas n°1 : état dépressif caractérisé tardif avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur

L'hypothèse diagnostique d'une dépression délirante tardive semble correspondre au tableau clinique avec une présentation initiale somatique caractéristique des dépressions du sujet âgé. Toutefois, la faible réponse à la sismothérapie avec deux antidépresseurs bien conduits interpelle. Cela soulève une réflexion autour du diagnostic initial d'une part, mais aussi sur la possibilité d'une organicité sous-jacente.

Concernant le diagnostic, il peut être évoqué la question d'une bipolarité devant l'insuffisance de la réponse thérapeutique qui reste que très partielle avec les thérapeutiques habituelles de la dépression et l'antécédent de dépression de la patiente quelques années plus tôt (HAS 2009a). En effet, la sismothérapie permet une rémission suffisante pour permettre à madame P. de quitter l'hôpital et de retourner à son domicile avec un étayage conséquent, mais elle ne retrouvera pas son état antérieur. Des symptômes tels qu'un pessimisme ou des idées d'incurabilité qui émergeront de nouveau ne seront pas totalement amendés. Elle présente également des signes orientant dans ce sens, à savoir une note d'irritabilité et une tendance à l'hostilité qui entraînaient une réticence relative aux soins.

Jalenques et al. dans leur publication sur le trouble bipolaire tardif suggèrent qu'en cas de bipolarité la résistance aux antidépresseurs est fréquente et que dans 25% des cas c'est une inversion de polarité d'une dépression unipolaire antérieure récurrente. (Jalenques et al. 2003) Or au début de la prise en charge nous sommes bien dans une récurrence du trouble dépressif puisqu'il est retrouvé un épisode antérieur ancien avec une période sans symptôme d'au moins deux mois. De plus, 15 à 20% des troubles bipolaires sont diagnostiqués après 55 ans. (Collège des enseignants de psychiatrie et d'addictologie 2016). La prévalence est de 1‰ à partir de 60-65 ans. (P. Jaulin 2008)

Madame P. continuera quelques temps un suivi en consultation au CAPPJA Jacques

Prévert (sur l'unité des troubles de l'humeur complexe). Les traitements antidépresseurs ont été arrêtés et un traitement régulateur de l'humeur a été introduit devant une efficacité insuffisante des thérapeutiques habituelles de l'état dépressif, de l'analyse plus fine des symptômes, de la présence de symptômes pouvant s'inscrire dans une bipolarité et des données de la littérature. Il est ajusté progressivement. Il s'agit de la quétiapine. L'état clinique est lentement favorable. La patiente ne poursuivra pas son suivi sur cette unité, ce qui peut suggérer la restauration d'un état clinique satisfaisant.

Le caractère atypique soulève aussi la question d'une organicité de type syndrome démentiel or tous les tests réalisés ne concordent pas dans ce sens. Finalement cet état dépressif caractérisé délirant tardif persistant ne répondant pas de manière optimale et habituelle aux thérapeutiques classiques ne pourrait-il pas être un état inaugural d'un trouble organique en développement ?

Ou alors chez cette patiente avec un niveau d'instruction assez élevé, la réalisation de tests plus précis ne permettrait-il pas de mettre en évidence des déficits cognitifs plus fins ?

Cela rejoint l'hypothèse qui suggère qu'il existe chez les patients bipolaires un profil de syndrome démentiel spécifique avec un tableau plus proche de celui des lésions sous cortico-frontales que de la maladie d'Alzheimer. (Lebert et al. 2008; Cholet et Sauvaget 2016)

Par ailleurs, seul un scanner cérébral a été réalisé qui sera normal pour l'âge. Il aurait été intéressant de réaliser une imagerie plus fine comme l'imagerie par résonance magnétique.

Enfin, concernant le traitement médicamenteux initial, il n'a pas été prescrit de traitement antipsychotique car la part dépressive était au premier plan. Il n'y a pas eu de répercussions notables du délire sur l'état du patient ou sa famille, ni de troubles du comportement majeur. De plus, madame P. a reçu successivement de la cyamémazine puis de la loxapine mais la tolérance a été mauvaise. Avec le premier, elle a décrit des sensations corporelles délirantes et avec le deuxième elle a développé un syndrome

extra-pyramidal se manifestant par une rigidité dans la mâchoire entraînant des difficultés d'élocution, et des tremblements des membres supérieurs. Le rapport bénéfice/risque ne justifiait pas en première intention l'introduction de risperidone, l'olanzapine ou autre. Le choix de la quétiapine, secondairement introduit semble plus adapté pour ses facultés antipsychotique, anxiolytique et thymorégulatrice et sa meilleure tolérance chez le sujet âgé.

2. Cas n°2 : suspicion de démence à corps de Lewy

Chez ce patient, alors que les arguments cliniques semblent concorder vers une démence à corps de Lewy, un des examens d'imagerie appropriés ne vient pas confirmer le diagnostic. Cela soulève plusieurs questions : le diagnostic évoqué est-il pour autant remis en cause ? Quels sont les critères diagnostiques retenus pour poser un diagnostic de démence à corps de Lewy ? L'examen d'imagerie est-il indispensable ? Quel est la part de faux négatif au DAT scan ? Finalement est ce que la clinique prime sur l'imagerie ?

Critères cliniques de démence à corps de Lewy :

(en gras sont notifiés les symptômes présents chez le patient)

1- Critères principaux (essentiels au diagnostic possible ou probable).

- **Déclin cognitif de sévérité suffisante pour interférer avec les activités sociales ou professionnelles.**
- **Troubles de la mémoire** (pouvant manquer au début de l'évolution).
- **Troubles attentionnels, visuo-spatiaux, profil d'atteinte cortico-sous-corticale.**

2- Critères associés (2 de ces critères sont suffisants pour le diagnostic probable, 1 pour le diagnostic possible).

- **Fluctuation de l'état cognitif avec variations dans l'attention et la vigilance.**
- **Hallucinations visuelles récurrentes et élaborées.**
- **Syndrome parkinsonien spontané.**

3- Critères évocateurs (si un ou plus de ces critères est présent avec un ou plusieurs critères principaux, le diagnostic probable peut être fait. En l'absence d'un ou plusieurs critères principaux, un ou plusieurs critères évocateurs est suffisant pour le diagnostic de possible DCL. Le diagnostic de probable DCL ne doit pas être basé sur les seuls critères évocateurs).

- Troubles du sommeil paradoxal.

- **Sensibilité accrue aux neuroleptiques.**

- Diminution du transporteur de la dopamine en imagerie fonctionnelle (SPECT ou PET).

4- Critères associés (fréquemment présents mais non spécifiques).

- Chutes répétées et syncopes.

- Pertes de connaissance brèves.

- Dysautonomie sévère : hypotension orthostatique, incontinence urinaire.

- Hallucinations d'autres modalités.

- Délire systématisé.

- Dépression.

- **Relative préservation des structures du lobe temporal médian au scanner ou à l'IRM.**

- Scintigraphie au MIBG anormale.

- Ralentissement précoce avec des salves d'ondes dans les territoires temporaux à l'EEG.

5- Le diagnostic de DCL est moins vraisemblable:

- En présence de maladie cérébrovasculaire évidente cliniquement ou en imagerie cérébrale.

- En présence de toute autre maladie somatique générale ou d'une autre pathologie cérébrale qui pourrait expliquer le tableau clinique et l'imagerie.

- Si le syndrome parkinsonien apparaît à un stade sévère de démence.

Si nous considérons les critères diagnostiques de Mc Keith, il suffit de réunir les critères principaux et 2 critères associés, ce qui est le cas pour ce patient, le diagnostic de démence à corps de Lewy probable peut donc être retenu.

(McKeith et al. 2005; Gore, Vardy, et O'Brien 2015; Lawlor et Bush 2014)

Dans un document de 2007 publié par la Haute Autorité de Santé, le DAT scan est présenté comme un outil ayant un intérêt à visée diagnostic. Il est possible d'y avoir recours comme un examen complémentaire à l'examen clinique utile lorsqu'il ne suffit pas pour distinguer une maladie d'Alzheimer d'une démence à corps de Lewy probable. Les paramètres du DAT scan ont été étudiés dans un essai clinique de phase trois parmi une population de 232 sujets atteints de démence. La sensibilité en cas de démence à corps de Lewy probable selon les critères de McKeith est de 75 à 80,2%. La spécificité de l'examen est de 88,6 à 91,4%.

La sensibilité n'étant pas de 100%, il peut donc y avoir des patients porteurs de la maladie avec une imagerie négative. La part de faux négatifs s'élève à environ 20 à 25% des cas.

En conséquence, malgré l'absence de signe de dénervation dopaminergique à l'imagerie fonctionnelle, il peut néanmoins y avoir une démence à corps de Lewy. Ce diagnostic n'est donc pas exclu chez ce patient.

(HAS 2007a)

D'un point de vue sémiologique et diagnostique, se pose aussi la question d'un état de stress post-traumatique surajouté devant le syndrome de répétitions avec les reviviscences de scènes de guerre d'Algérie et devant l'hyperactivité neurovégétative avec les troubles du sommeil. Le syndrome d'évitement et les distorsions cognitives sont difficilement évaluables. L'humeur n'est pas altérée. Ainsi, le vieillissement est-il un facteur de risque de réémergence de traumatisme ancien ?

En tout cas, pour certains, l'âge entraîne une vulnérabilité rendant le sujet plus sensible à développer un ESPT. En effet, la diminution des ressources physiques, du support social et la demande d'aide moins fréquente sont à la base d'une récupération plus difficile après un événement traumatisant. (Brunet et al. 2013)

Enfin pour ce qui est de la prise en charge symptomatique, l'introduction de quétiapine ou de clozapine était discutée mais l'organisation des soins et le décès inattendu du patient n'ont pas permis la mise en pratique. En effet, le patient était hospitalisé dans une unité de court séjour de gériatrie, il est donc sorti dès que possible.

Bien que l'hypothèse d'une démence à corps de Lewy diffus était déjà évoquée, elle n'avait pas été pleinement explorée.

Pour finir sur le traitement, pour les raisons déjà évoquées un traitement par rivastigmine n'a pas été introduit.

3. Cas n°3 : syndrome démentiel de type Alzheimer

Tous les arguments nécessaires au diagnostic de maladie d'Alzheimer ne sont pas réunis.

En effet, le scanner cérébral ne permet pas de visualiser suffisamment l'hippocampe et de statuer sur son degré d'atrophie. Il aurait été préférable de réaliser une imagerie par résonance magnétique avec une coupe centrée sur les hippocampes. Le score de scheltens est une échelle utilisée en radiologie, généralement plutôt sur une coupe coronale en séquence T1 de l'IRM qui évalue l'atrophie hippocampique dans la maladie d'Alzheimer. Elle permet une graduation de 0 à 4 selon plusieurs critères avec 0 absence d'atrophie hippocampique et 4 atrophie hippocampique notable. Sur le scanner cérébral de cette patiente les résultats sont respectivement de 2 à droite et 1 à gauche, il y a donc une atrophie hippocampique débutante. (Scheltens et al. 1992)

De plus, le test des cinq mots de Dubois est plutôt en faveur de cette hypothèse. C'est un test simple et rapide qui permet le repérage de la maladie d'Alzheimer. Il consiste en un apprentissage renforcé par un encodage sémantique. Il est ensuite mesuré le rappel libre et le rappel différé. Sa sensibilité est proche de 63% et sa spécificité de 91,1%. Chez cette patiente le score est de 5/10, donc en faveur du diagnostic. (Cowppli-Bony et al. 2005; Croisile et al. 2010)

A cela s'ajoute l'argument de fréquence, la maladie d'Alzheimer étant la première cause de démence chez le sujet âgé. Au vu des éléments, le stade de la maladie serait plutôt prodromal.

Pour ce qui est du caractère vasculaire de la démence, la présence de lacunes des noyaux gris centraux au scanner ainsi que la localisation cortico-sous-corticale de

l'atrophie orientent vers cette idée.

Par ailleurs, chez cette patiente l'introduction d'un traitement neuroleptique reste discutable. Au cours de l'hospitalisation la patiente ne présente pas de troubles du comportement notables. De même que les propos délirants n'envahissent pas tout le devant de la scène. Ils émergent rapidement lorsqu'on s'y intéresse mais pas forcément sinon.

Dans la mesure où la répercussion des troubles du comportement rapportés par la famille peuvent conduire à des mises en dangers de la patiente, il m'a semblé préférable de poursuivre ce traitement. En revanche, l'efficacité du traitement sur les troubles du comportement n'a pas pu être évaluée durant l'hospitalisation car ils ne se sont pas manifestés à l'hôpital.

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer avait déjà été soulevé, mais aucun traitement n'a été introduit dans ce sens. En effet, jusque-là la patiente était dans un refus de toute prise de traitement. Compte tenu des éléments, il pourrait être indiqué un traitement anticholinestérasique notamment pour limiter les troubles du comportement. Toutefois la compliance ultérieure au traitement reste précaire. Ce traitement n'a pas été initié durant cette hospitalisation.

4. Cas n°4 : psychose tardive

D'un point de vue diagnostique, le caractère tardif (> 50 ans) des troubles chez madame V, l'isolement, les éléments délirants hallucinatoires et interprétatifs font penser aux symptômes de psychose hallucinatoire chronique. Mais qu'en est-il aujourd'hui de ce diagnostic ?

La psychose hallucinatoire chronique fût décrite au début du XXème siècle par Gilbert Ballet. Elle correspond à un état hallucinatoire cénesthésique pénible pourvoyeur d'inquiétude qui se répand ensuite dans l'ensemble des sens avec une prédominance auditive. Il y a également des idées délirantes de persécution. Les idées de grandeurs sont inconstantes. (Haustgen 2016; Le Maléfan 2003)

Jusqu'à présent la psychose hallucinatoire chronique appartenait aux groupes des psychoses chroniques non schizophréniques.

Actuellement, avec les dernières classifications, la psychose hallucinatoire chronique n'est plus une entité individualisée, mais elle a rejoint les maladies du spectre de la schizophrénie et s'appelle dorénavant **schizophrénie à début tardif**.

Elle touche plutôt les femmes isolées. Il est retrouvé une symptomatologie hallucinatoire touchant l'ensemble des modalités sensorielles et intrapsychiques. Elle se démarque par l'absence de désorganisation.

(Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 2013; P. Charazac 2006)

Des hypothèses sur le caractère tardif des troubles sont élaborées : s'agit-il de la même maladie ou d'une maladie différente de celle des sujets plus jeunes ? La question d'un mécanisme physiopathologique sous-jacent différent est posée avec un phénomène neurodéveloppemental pour les troubles précoces et un phénomène neurodégénératif pour les troubles tardifs. (Fremont 2004; Limosin 2009)

Par ailleurs, chez madame V., malgré l'âge avancée et une hospitalisation de plusieurs mois, un retour à domicile a pu être possible.

La mise en place de **mesures non médicamenteuses** conséquentes ont été primordiales dans la prise en charge.

Une visite du domicile de la patiente en présence de l'assistante sociale et d'une infirmière référente au cours de l'hospitalisation a permis de faire le point sur les aides nécessaires, les éventuels aménagements et travaux, le matériel à acheter.

Il a été réalisé une remise en état de son logement : nettoyage du domicile, réparation de la chaudière que la patiente avait éteinte dans un contexte délirant (peur que la pression de la chaudière n'explose), réparation de la chasse d'eau que la patiente ne tirait plus pour les mêmes raisons.

La patiente sera accompagnée par l'**ergothérapeute** pour acheter un équipement minimal (lave-linge et four à micro-onde) et dans l'apprentissage de leurs utilisations.

Elle bénéficiera d'une **aide ménagère** qui l'accompagnera sur l'extérieur pour les

courses ou autres démarches, d'un **portage des repas**.

Au niveau du soin, des **infirmiers du centre médico-psychologique** viendront la visiter régulièrement à son domicile afin de renforcer l'étayage et de lutter contre l'isolement.

Elle se rendra initialement trois fois par semaine à l'**hôpital de jour** et diminuera progressivement son temps pour investir d'autres activités sur l'extérieur. Ainsi elle adhérera à une association dans son quartier et pratiquera une activité de sophrologie.

Nous sommes maintenant à près de 6 mois de sa sortie de l'hôpital et madame V. a très bien réinvesti l'extérieur malgré la maladie psychotique tardive et peut vivre dans un logement autonome. La mise en place des mesures non médicamenteuses y sont certainement pour beaucoup.

Finalement, plusieurs traitements médicamenteux ont été essayés. La dernière combinaison est sans doute celle qui fut le plus efficace néanmoins sans les mesures non médicamenteuses cette patiente aurait probablement été adressée à une institution.

5. Finalement, quelle est la place de la gérontopsychiatrie ?

Une lecture sur plusieurs niveaux est nécessaire pour répondre à cette question. De plus, il serait plus juste de parler **des places du gérontopsychiatre** car tout dépend un peu du **moment** et du **lieu** de l'intervention, mais aussi de la **personne à l'origine de la demande**.

En termes de lieux, le gérontopsychiatre peut avoir des activités variées. En effet son champ d'intervention est assez vaste, allant de la **liaison** dans des services de gériatrie voire de psychiatrie de secteur, à des **services hospitaliers dédiés** ou des **interventions en institutions spécialisées**. Il peut également intervenir comme le psychiatre de l'adulte en **centre médico-psychologique**, en **centre d'accueil thérapeutique à temps partiel** ou en **hôpital de jour**.

De même le recours au gériopsychiatre varie selon le moment de l'intervention : **situation de crise, évaluation diagnostique, suivi, rôle d'orientation de coordination.**

Traditionnellement, les symptômes psychotiques, dont le délire, appartiennent au registre de la psychiatrie. Néanmoins, ils sont aussi très communs dans les syndromes démentiels et notamment dans la maladie d'Alzheimer, dans la démence à corps de Léwy, dans la démence vasculaire et dans la démence Parkinsonienne. (Colijn, Nitta, et Grossberg 2015)

Les syndromes démentiels et de manière plus large la gériatrie sont aussi un angle d'intervention du gériopsychiatre afin d'aider dans la démarche diagnostique et notamment pour les diagnostics différentiels, mais aussi pour le traitement des composantes non cognitives de la maladie et la prise en charge des proches. (Camus et al. 2009)

D'une façon générale, les symptômes psychologiques retrouvés dans les syndromes démentiels sont la dépression, l'apathie, l'anxiété, le délire, les troubles du sommeil. Mais le psychiatre du sujet âgé peut aussi intervenir pour certains troubles du comportement comme les déambulations, les fugues, les cris, les plaintes, l'agressivité, l'agitation.

Leur présence aggrave le pronostic, épuise les aidants et aboutit plus rapidement à une institutionnalisation du patient.

(Pancrazi et Metais 2004; Camus et al. 2009)

La **coopération entre le gériatre et le psychiatre** est primordiale auprès du patient âgé présentant des symptômes psychiatriques. En effet, le patient âgé présente une double fragilité à la fois somatique et psychique et demande des soins mixtes psychiatrique et gériatrique qui ne s'improvisent pas. D'une clinique commune naissent des lectures diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques différentes.

Il s'agit alors de mutualiser les savoirs en respectant les spécificités de chacun. Le travail du gériopsychiatrie est un travail d'équipe avec un gériatre. (Barbe, Gallice, et Guyot 2006)

Mais finalement, pourquoi un gériopsychiatre plutôt qu'un psychiatre ?

Avec l'évolution de la société, les patients et leurs proches ont aujourd'hui des exigences de qualité et revendiquent les meilleurs soins. Parallèlement, les scientifiques améliorent constamment l'état des connaissances et les pratiques psychiatriques notamment n'ont de cesse de se diversifier. Il est de plus en plus complexe d'exercer une psychiatrie généraliste tant le champ s'est élargi. De plus, les modèles traditionnels de soins ne s'appliquent pas bien aux patients âgés et l'enjeu actuel pour les spécialistes est double : acquérir des compétences spécifiques, hyperspécialisées dans un domaine de prédilection tout en maintenant une certaine cohérence globale du patient. C'est-à-dire, l'idée est d'**éviter le morcellement de la prise en charge** du patient en favorisant un projet commun dans un processus dynamique plutôt qu'une simple juxtaposition de professionnels. C'est l'idée que défend le concept **d'interprofessionnalité** plutôt que la pluriprofessionnalité. L'objectif est de restaurer une certaine unité chez ces patients âgés engagés malgré eux dans les problématiques de deuil, de séparation, de perte d'objet avec les angoisses de mort et de finitude qui se profilent. C'est là que la gériopsychiatrie a tout son intérêt et que le gériopsychiatre est plus pertinent que le psychiatre.

Enfin, l'idée d'un gériopsychiatre plutôt qu'un psychiatre est renforcée par la création de la gériopsychiatrie de liaison dans les services de secteur que les psychiatres sollicitent fréquemment pour des situations complexes. Cela montre bien qu'il existe un besoin dans ce domaine et que les connaissances de base acquises par les psychiatres ne sont pas toujours suffisantes. Une réflexion autour d'un créneau de consultation dédiée au sein des secteurs pourrait être intéressante.

(Chavane et Dibie-racoupeau 2006; P. Charazac 2006)

6. Synthèse

Mais finalement, quels sont les similitudes entre ces différents patients qui permettent de les réunir dans une même « case » ?

C'est avec un regard psychiatrique en prenant pour porte d'entrée une

symptomatologie délirante et une population âgée que ces quatre personnes sont réunies.

Il est ici plus facile de lister les différences entre ces quatre situations que leurs points communs. En effet, hormis le critère d'âge supérieur à 65 ans, il y a très peu de similitudes entre eux, même le deuxième critère de sélection, le symptôme délirant, n'est pas superposable d'un patient à l'autre. Cela illustre la grande variété qui se trouve derrière le mot « délire », d'où l'importance de s'y arrêter un instant pour le caractériser au plus juste. En effet, comme le montre ces quatre situations ainsi que la revue de la littérature ci-dessus un même symptôme ouvre un large éventail en termes de possibilités diagnostiques et par extension de possibilités thérapeutiques.

Ici encore l'intérêt d'un gérontopsychiatre prend tout son sens. Un regard psychiatrique seul restreindrait probablement la largeur de l'éventail. Le délire est finalement à la frontière de plusieurs spécialités et ne concerne pas uniquement le champ psychiatrique.

Le gérontopsychiatre possède des connaissances élargies qui permettent de repérer les situations nécessitant une collaboration avec un confrère d'une autre spécialité notamment gériatre ou neurologue. Cette plus grande flexibilité du gérontopsychiatre suscite des échanges entre les disciplines ce qui optimise la qualité des soins.

CONCLUSION

En définitive, les états délirants du sujet vieillissant illustrés autour de quatre situations bien différentes sont des entités qui s'intègrent dans un large éventail de possibilités diagnostiques. Ils sont aux confins de plusieurs spécialités allant de la psychiatrie à la neurologie et dominés par la gériatrie.

Dans tout ça, la gérontopsychiatrie malgré des limites floues, occupe une place prépondérante. Elle permet une ouverture de l'éventail diagnostique plus grande que celle du psychiatre de l'adulte et repère les situations nécessitant l'intervention d'autres spécialistes. Elle a un rôle de lien avec les autres disciplines et nécessite des connaissances et des compétences supplémentaires. Au moment où cette thèse est écrite, des changements sont en train de se produire à l'échelle nationale puisque la gérontopsychiatrie va probablement trouver sa place comme surspécialité au même titre que la pédopsychiatrie.

En effet, la pratique de la psychiatrie chez les sujets âgés nécessite d'avoir des connaissances transversales en terme d'orientation diagnostique notamment dans le champ du syndrome démentiel, mais aussi des connaissances en terme de prise en charge avec une bonne connaissance du réseau de soins autour de la personne âgée. Les mesures non médicamenteuses sont au premier plan de la prise en charge d'un sujet âgé ce qui n'est pas toujours le cas pour l'adulte plus jeune et les thérapeutiques médicamenteuses sont à introduire avec une plus grande prudence en tenant compte des caractéristiques liées au vieillissement physique de l'individu et des possibles interactions médicamenteuses nombreuses dans cette tranche d'âge.

Une évaluation méthodique est requise du fait de la clinique souvent troublante du sujet âgé et différente des tableaux psychiatriques habituels. En effet, la maladie psychiatrique du sujet âgé peut prendre des présentations diverses et variées, rendant parfois difficile la distinction avec le vieillissement physiologique ou une maladie somatique. De plus, le trouble psychiatrique est volontiers associé à une ou plusieurs affections somatiques ce qui complexifie davantage le tableau.

La première des préoccupations pour un abord psychiatrique est donc au préalable d'éliminer une organicité. En conclusion, voici un arbre décisionnel résumant la conduite à tenir devant un état délirant chez un sujet âgé.

Conduite à tenir devant un état délirant du sujet âgé

A l'interrogatoire: - Antécédents psychiatriques de psychose ou de trouble de l'humeur, antécédents somatiques dont FRCV
- Anamnèse : début et évolution des troubles
- **Caractérisation du délire**, recherche de troubles du comportement éventuels et de troubles de l'humeur associés +/- échelles d'évaluation du délire

A l'examen clinique: - Examen somatique, évaluation gériatrique standardisée et évaluation des organes sensoriels.
- **Évaluation cognitive de base** : MMS, 5 mots, test de l'horloge, fluence verbale, évaluation des praxies.

Examens complémentaires: - Bilan biologique : NFS, VS, protéine C-réactive, ionogramme sanguin, TSH, ASAT et ALAT, et selon orientation clinique B12, folates, sérologies VDRL et TPHA, VIH et autres.
- Imagerie : scanner cérébral, IRM cérébrale

Syndromes démentiels:

- Maladie d'Alzheimer
- Démence à corps de Léwy diffus
- Autres: démence vasculaire
maladie de Parkinson

Délires psychiatriques chroniques ou tardifs :

- Trouble de l'humeur (trouble bipolaire ou syndrome dépressif avec caractéristique psychotique)
- Trouble psychotique

Autres causes à éliminer:

Confusion, Iatrogénie médicament/toxique, Troubles métaboliques, Infections (méningite, encéphalite, neurosyphilis, VIH, pneumonie), Causes neurologiques (épilepsie, tumeur, AVC, maladie de Huntington, sclérose latérale amyotrophique, encéphalite limbique, maladie auto-immune), Causes endocriniennes (dysthyroïdie et parathyroïdie, dysglycémie)

Prise en charge: - Étiologiques
- Symptomatique : **mesures non médicamenteuses**,
+/- mesures médicamenteuses (neuroleptiques, antidépresseurs, benzodiazépines)
+/- techniques de neurostimulation

BIBLIOGRAPHIE

- Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, et Limosin F. 2016. « Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management ». *Current Psychiatry Reports* 18 (10).
- Al-Aama T, Brymer C, Gutmanis I, Woolmore-Goodwin S, Esbaugh J, et Dasgupta M. 2011. « Melatonin Decreases Delirium in Elderly Patients: A Randomized, Placebo-Controlled Trial ». *International Journal of Geriatric Psychiatry* 26 (7): 687-94.
- Albou Ph. 2006. « Les grandes étapes de l'histoire de la psychogériatrie ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 6 (32): 45-50.
- Arbus C, Clement JP, Bougerol T, Fremont P, Lancrenon S, et Camus V. 2012. « Health Management of Older Persons with Chronically Medicated Psychotic Disorders: The Results of a Survey in France ». *International Psychogeriatrics* 24 (03): 496-502.
- Arbus C, Gardette V, Bui E, Cantet C, Andrieu S, Nourhashémi F, Schmitt L, Vellas B, et the REAL.FR Group. 2010. « Antidepressant Use in Alzheimer's Disease Patients: Results of the REAL.FR Cohort ». *International Psychogeriatrics* 22 (01): 120.
- Barbe P, Gallice I, et Guyot P. 2006. « L'interdisciplinarité en gérontopsychiatrie: le point de vue des gériatres ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 6 (32): 9-14.
- Baudic S, Traykov L, Rigaud A S, et Césaró P. 2005. « Place et intérêt de l'examen neuropsychologique dans la dépression du sujet âgé ». *La Revue de Médecine Interne* 26 (8): 637-42.
- Bazin N. 2004. « La forte propension à délirer du sujet âgé : comment, quand, pourquoi ? ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 4 (20): 5-7.
- Bazin N. 2011. « Les troubles de l'humeur tardifs ». *L'Encéphale* 37 (4): H23-25.

- Ben-Aziza S, Gacia P, et Myslinski M. 2007. « Psychose et vieillissement : du symptôme à la dépendance ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 7 (40): 39-45.
- Benoit M, Brocker P, Clement J P, Cnockaert X, Hinault P, Nourashemi F, Pancrazi M P, et al. 2005. « Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge ». *Pratique neurologique* 161 (3): 357-66.
- Bergeret J. 2012. *Psychologie pathologique: théorique et clinique*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Berrut G. 2014. « General ageing of the population or demographic transition? » *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, n° 3 (septembre): 241–242.
- Berrut G., et de Decker L. 2015. « Comprehensive assessment of comorbidity in the elderly ». *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, n° S1 (mars): 7–12.
- Blanpain N, et Chardon O. 2010. « Projections de population à l'horizon 2060 Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans ». *Insee première*, octobre.
- Bloch, J., S. Morell-Dubois, E. Koch, D. Launay, H. Maillard-Lefebvre, A.-L. Buchdahl, E. Hachulla, J.-F. Rouland, P.-Y. Hatron, et M. Lambert. 2011. « Hallucinations visuelles et maladie de Horton : à propos du syndrome de Charles Bonnet ». *La Revue de Médecine Interne* 32 (12): e119-21.
- Borek L et Friedman J. 2014. « Treating Psychosis in Movement Disorder Patients: A Review ». *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 15 (11): 1553-64.
- Brunet A, Sanche S, Manetti A, Aouizerate B, Ribéreau-Gayon R, Charpentier S, Birmes P, et Arbus C. 2013. « Peritraumatic Distress but Not Dissociation Predicts Posttraumatic Stress Disorder in the Elderly ». *International Psychogeriatrics* 25 (06): 1007-12.

- Camus V, Zawadzki L, Peru N, Mondon K, Hommet C, et Gaillard P. 2009. « Symptômes comportementaux et psychologiques des démences : aspects cliniques ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 167 (3): 201-5.
- Caron R. 2011. « Le dérapage psychotique dans le grand âge : une voie d'expression du désir ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 169 (5): 288-91. 4
- Charazac P. 2006. « Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard ». *L'information psychiatrique* 82 (5): 383.
- Charazac P M, 2013. « Les indications et la prescription des psychotropes chez le sujet âgé ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 13 (76): 221-24.
- Charazac-Brunel M, 2005. « La plainte de la personne âgée : violence et rupture transgénérationnelle ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 5 (27): 28-32.
- Chavane V, et Dibie-racoupeau F. 2006. « Plaidoyer pour un soin interprofessionnel et interdisciplinaire à partir d'une expérience en gérontopsychiatrie ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 6 (32): 15-19.
- Cholet J et Sauvaget A. 2016. « Troubles cognitifs chez les patients bipolaires vieillissants ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 174 (3): 194-98.
- Clément, J.-P. 2005. « Où en sommes-nous avec la psychogériatrie en France ? » *EMC - Psychiatrie* 5 (25).
- Cohen C I, Izediuno I, Yadack A, Ghosh B, et Garrett M. 2014. « Characteristics of Auditory Hallucinations and Associated Factors in Older Adults with Schizophrenia ». *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 22 (5): 442-49.
- Cohen L, Desmidt T, et Limosin F. 2014a. « La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 172 (9): 781-84.

- Colijn M A, Nitta B H, et Grossberg G T. 2015. « Psychosis in Later Life: A Review and Update ». *Harvard Review of Psychiatry* 23 (5): 354-67.
- Collège des enseignants de neurologie. 2016. *Neurologie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.
- Collège des enseignants de psychiatrie et d'addictologie. 2016. *Référentiel de psychiatrie et addictologie*. Tours: Presses universitaires François-Rabelais.
- Cowppli-Bony, P, Fabrigoule C, Letenneur L, Ritchie K, Alperovitch A, Dartigues J F, et Dubois B. 2005. « Le test des 5 mots : validité dans la détection de la maladie d'Alzheimer dans la population générale ». *Revue Neurologique* 161 (12): 1205-12.
- Croisile B, Astier J L, Beaumont C, et Mollion H. 2010. « Le Test des cinq mots dans les formes légères de maladie d'Alzheimer : comparaison du score total, du Score Total Pondéré, du Score d'apprentissage et du Score de mémoire dans trois classes d'âge (60 ans, 70 ans, 80 ans) ». *Revue Neurologique* 166 (8-9): 711-20.
- De J et Wand A . 2015. « Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients ». *The Gerontologist* 55 (6): 1079-99.
- Demeulemeester M, Moroni C, Kochman F, Thomas P et Jardri R. 2014. « Hallucinations et cognition : une modélisation au service de notre pratique en neuropsychologie ». *Revue de neuropsychologie* 1 (2): 117.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 2013. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Ey H, Bernard P, Brisset C, Garrabé J, et Guelfi J D. 2010. *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Fénelon G. 2013. « Hallucinations, illusions : une autre vision ». *Revue Neurologique* 169 (avril): A199-200.

- Fénelon G. 2014. « Les hallucinations en neurologie ». *Pratique Neurologique - FMC* 5 (4): 277-86.
- Fong T G, Davis D, Growdon M E, Albuquerque A, et Inouye S K. 2015. « The Interface between Delirium and Dementia in Elderly Adults ». *The Lancet Neurology* 14 (8): 823-32.
- Ford A H. 2016. « Preventing Delirium in Dementia: Managing Risk Factors ». *Maturitas* 92 (octobre): 35-40.
- Fremont P. 2004. « Schizophrénie et vieillissement ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 4 (20): 8-12.
- Gallarda T, et Lôo H. 2009. « Dépression et personnes âgées ». *L'Encéphale* 35 (3): 269-80.
- Gálvez V, Ho K A, Alonzo A, Martin D, George D, et Loo C K. 2015. « Neuromodulation Therapies for Geriatric Depression ». *Current Psychiatry Reports* 17 (7).
- Garrabé J. 2011. « Approche historique des classifications en psychiatrie ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 169 (4): 244-47.
- Garrabé J. 2014a. « Nosographie et classifications des maladies mentales dans l'histoire de la psychiatrie ». *L'Évolution Psychiatrique* 79 (1): 5-18. doi:10.1016/j.evopsy.2013.11.002.
- Garrabé J. 2014b. « Remarques historiques sur la nosographie des troubles thymiques : de la psychose maniaco-dépressive à la bipolarité ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 172 (8): 642-51.
- Gore R L, Vardy E, et O'Brien J. 2015. « Delirium and Dementia with Lewy Bodies: Distinct Diagnoses or Part of the Same Spectrum? ». *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 86 (1): 50-59.

- Gournellis R, Lykouras L, Fortos A, Oulis P, Roubos V et Christodoulou G N. 2001. « Psychotic (Delusional) Major Depression in Late Life: A Clinical Study ». *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16 (11): 1085-91.
- Hanon C. 2015. « Formation en psychiatrie de la personne âgée : perspectives européennes ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 15 (89): 251-55.
- Hanon C, et Camus V. 2010. « Formation à la psychiatrie du sujet âgé : quels enjeux ? » *L'information psychiatrique* 86: 15-20.
- HAS. 2007a. « Commission de transparence DAT scan ».
- HAS. 2007b. « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé ».
- HAS. 2009a. « Affections psychiatriques de longue durée Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte ».
- HAS. 2009b. « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs ».
- Haustgen T. 2016. « Gilbert Ballet (1853–1916) ou les débuts de la psychiatrie universitaire en France (à propos du centenaire de sa mort) ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 174 (10): 871-80.
- Hazif-Thomas C, Peix R O, et Thomas P. 2010. « Le choix d'une approche, le destin d'un mot, le sens d'une question : gérontopsychiatrie ou psychogériatrie ? » *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 10 (58): 184-88.
- Henriet K, Haouzir S et Petit M. 2008. « L'illusion des sosies de Capgras: une interprétation délirante d'un trouble spécifique de la reconnaissance affective des visages. Revue de la littérature et proposition d'un modèle séquentiel ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 166 (2): 147-56.

- Herlant-Hémar K et Caron R. 2013. « Clinique du délire dans le désordre démentiel ». *L'Évolution Psychiatrique* 78 (2): 279-89.
- Inouye S K, Westendorp R, et Saczynski J. 2014. « Delirium in Elderly People ». *The Lancet* 383 (9920): 911-22.
- INSEE. 2017a. « Espérance de vie à divers âges en 2016 ». *INSEE*. janvier. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631#tableau-Donnes>.
- INSEE. 2017b. « Population par sexe et groupe d'âges en 2017 ». *INSEE*. janvier. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>.
- Jalenques I, Galland F, Vaille-Perret E, Brousse G, Vinot J, Lebret S et Tourtauchaux T. 2003. « Troubles de l'humeur du sujet âgé ». *Annales Médico-psychologiques*, n° 161: 817-19.
- Jaulin P. 2008. « Troubles bipolaires du sujet âgé : pièges diagnostiques à éviter ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 8 (43): 47-53.
- Jaulin P. 2012. « Psychiatrie du sujet âgé : les métamorphoses d'un nom ». *L'information psychiatrique* 88 (9): 709.
- Kirino, Eiji. 2015. « Use of Aripiprazole for Delirium in the Elderly: A Short Review: Aripiprazole for Delirium ». *Psychogeriatrics* 15 (1): 75-84.
- Lanteri-Laura G. 2000. « Signification clinique et psychopathologique des hallucinations ». *L'Évolution psychiatrique* 65 (2): 245-54.
- Lawlor P et Bush S. 2014. « Delirium Diagnosis, Screening and Management »: *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 8 (3): 286-95.
- Le Gouès G. 2006. « Détresse et restauration psychiques ». *L'Encéphale* 32 (6): 1160-61.

- Le Maléfan P. 2003. « Gilbert Ballet et la médiumnité. Contribution à l'histoire de la psychose hallucinatoire chronique et à celle des divisions subjectives ». *L'Évolution Psychiatrique* 68 (1): 63-72.
- Lebert F, Lys H, Haëm E, et Pasquier F. 2008. « Syndrome démentiel dans les suites d'une bipolarité ». *L'Encéphale* 34 (6): 606-10.
- Léger J M. 2007. « Le regard du psychiatre dans la maladie d'Alzheimer est-il encore justifié ? » *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 7 (39): 7-12.
- Lepetit A. 2015. « La psychiatrie de la personne âgée à l'heure de la réforme du 3e cycle des études médicales ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 15 (89): 247-50.
- Lepetit A, Lavigne B, Legros E, Herrmann M, et Sebbane D. 2014. « Specialized training in geriatric psychiatry during residency in France ». *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, n° 3 (septembre): 305–312.
- Limosin F. 2009. « Schizophrénie et sujet âgé ». *L'Encéphale* 35 (janvier): S41-44.
- Limosin F. 2015. « Psychiatrie du sujet âgé : quels défis pour demain ? » *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 15 (89): 245-46.
- McKeith I G, Dickson D W, Lowe J, Emre M, O'Brien J T, Feldman H, Cummings J, et al. 2005. « Diagnosis and Management of Dementia with Lewy Bodies: Third Report of the DLB Consortium ». *Neurology* 65 (12): 1863-72.
- Menecier P, Poillot A, Gauthier T, Clair D, Menecier-Ossia L, et Ploton L. 2010. « Troubles délirants d'origine toxique du sujet âgé ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 10 (56): 85-89.
- Munster, B. C. van, et S. de Rooij. 2014. « Delirium: A Synthesis of Current Knowledge ». *Clinical Medicine* 14 (2): 192-95. doi:10.7861/clinmedicine.14-2-192.

- Nakatsuka M, Meguro K, Nakamura K, Akanuma K, et Yamaguchi S. 2014. « “Residence Is Not Home” Is a Particular Type of Delusion Associated with Cognitive Decline of Alzheimer’s Disease ». *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 38 (1-2): 46-54.
- O’Sullivan R, Inouye S K, et Meagher D. 2014. « Delirium and Depression: Inter-Relationship and Clinical Overlap in Elderly People ». *The Lancet Psychiatry* 1 (4): 303-11.
- Pancrazi M P et Metais P. 2004. « Délires non schizophréniques du sujet âgé ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 4 (20): 13-19.
- Raucher-Chéné D, Cuervo-Lombard C V, Bera-Potelle C, et Havet J M. 2011. « Schizophrénie du sujet âgé : particularités cliniques, cognitives et sociales ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 11 (64): 157-65.
- Regier D A, Boyd J H, Burke J D, Rae D S, Myers J K, Kramer M, Robins L N, George L K, Karno M, et Locke B Z. 1988. « One-Month Prevalence of Mental Disorders in the United States. Based on Five Epidemiologic Catchment Area Sites ». *Archives of General Psychiatry* 45 (11): 977-86.
- Reinhardt M et Cohen C I. 2015. « Late-Life Psychosis: Diagnosis and Treatment ». *Current Psychiatry Reports* 17 (2).
- Rigaud A S, Bayle C, Latour F, Lenoir H, Seux M L, Hanon O, Péquignot R, et al. 2005. « Troubles psychiques des personnes âgées ». *EMC - Psychiatrie* 2 (4): 259-81.
- Rollet A. 2014. « Critère de soin et critère d’âge en psychiatrie du sujet âgé : décryptage ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 14 (79): 17-22.

- Scheltens P, Leys D, Barkhof F, Huglo D, Weinstein H C, Vermersch P, Kuiper M, Steinling M, Wolters E C et Valk J. 1992. « Atrophy of medial temporal lobes on MRI in “probable” Alzheimer’s disease and normal ageing: diagnostic value and neuropsychological correlates. » *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry* 55 (10): 967-72.
- Tessier J F, Leger J M, Charles E et Faugeron P. 2003. « La psychiatrie a-t-elle sa place aujourd’hui dans la prise en charge médicale du sujet âgé ? Réflexions faites au travers de l’évolution des pratiques de soins ». *Gérontologie et société* 104 (1): 45.
- Vaille-Perret E, Vinot J, Brousse G, Galland F, Tourtauchaux R, Leuret S, et Jalenques I. 2003. « États délirants et hallucinations du sujet âgé ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 161 (10): 823-25.
- Vanelle J M, Sauvaget-Oiry A, et Juan F. 2008. « Indications de l’électroconvulsivothérapie ». *La Presse Médicale* 37 (5): 889-93.
- Velthuisen E L, Zwakhalen S, Warnier R, Mulder W, Verhey F, et Kempen G. 2016. « Psychometric Properties and Feasibility of Instruments for the Detection of Delirium in Older Hospitalized Patients: A Systematic Review: Review of Delirium Scales for Hospitalized Elderly ». *International Journal of Geriatric Psychiatry* 31 (9): 974-89.
- Vernay M, Haesebaert F, et Poulet E. 2012. « Traitement par neuromodulation des hallucinations ». *L’information psychiatrique* 88 (10): 831.
- Vidal. 2016. *Le dictionnaire*.
- Walker C K et Gales M A. 2016. « Melatonin Receptor Agonists for Delirium Prevention ». *Annals of Pharmacotherapy*, août.
- Webster J et Grossberg G T. 1998. « Late-Life Onset of Psychotic Symptoms ». *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 6 (3): 196-202.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse :

ÉTATS DELIRANTS DU SUJET VIEILLISSANT :
PLACE DE LA GÉRONTOPSYCHIATRIE DANS LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE
ET LA PRISE EN CHARGE.

RESUME

Alors que l'espérance de vie n'a de cesse de croître et que la population vieillie, les problématiques du sujet âgé sont au cœur de l'actualité. La gérontopsychiatrie est au devant de cette scène par son caractère interdisciplinaire permettant un échange et une coopération avec d'autres disciplines dont la gériatrie. L'état délirant du sujet âgé illustre typiquement cette dimension par la grande variété de l'éventail des possibilités diagnostiques dans le champ psychiatrique chronique ou tardif mais aussi notamment dans le champ des syndromes psycho-comportementaux des démences. L'intérêt d'évaluer au plus juste le diagnostic est d'adapter plus précisément la prise en charge chez cette population vulnérable par des mesures non médicamenteuses accompagnées si besoin de mesures médicamenteuses. C'est ce qui sera discuté au travers de l'analyse de quatre situations cliniques dont il en ressortira la réalisation d'un arbre décisionnel orientant la conduite à tenir devant un état délirant chez le sujet âgé.

MOTS-CLES

Délire – sujet âgé – vieillissement – gérontopsychiatrie – démence – trouble cognitif-psychose tardive – trouble délirant – neuroleptique – mesures non médicamenteuses