

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N°178

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Psychiatrie

par

Catherine Marquette

Née le 10 Janvier 1980 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 30 Octobre 2009

La place du psychiatre en Centre Mémoire de Ressource
et de Recherche dans la plainte mnésique du sujet vieillissant

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Vincent Burgos

Sommaire

Introduction	9
Partie 1 La place de la psychiatrie dans le champ des maladies de la mémoire.....	11
A. La mémoire entre neuroscience et psychanalyse : un bref aperçu	12
1. Quelques bases neurologiques sur la mémoire.....	12
a. <u>Neuro-anatomie de la mémoire</u>	13
b. <u>Neurochimie de la mémoire</u>	14
c. <u>Les différents types de mémoires</u>	15
2. La mémoire : les apports de Freud et la vision psychanalytique.....	19
3. Vers une convergence théorique	21
B. Lien entre psychiatrie et maladie de la mémoire.....	23
1. Une approche historique.....	23
a. <u>Le concept de démence</u>	23
b. <u>Le développement de la psychiatrie du sujet âgé</u>	27
2. L'éloignement de la psychiatrie : quels facteurs sont en jeux ?	30
a. <u>Des facteurs socio-économiques</u>	30
b. <u>Des facteurs propres au psychiatre</u>	31
c. <u>Des facteurs remontant aux origines de la psychiatrie française</u>	32
3. Une vision globale est-elle possible ?	33
4. En quoi notre place en CMRR est-elle pertinente?	34
a. <u>Place dans l'aide au diagnostic</u>	34
b. <u>L'approche des troubles « psycho-comportementaux »</u>	36
c. <u>L'orientation et la prise en charge des patients</u>	37
Partie 2 L'évaluation psychiatrique de la plainte mnésique	38
A. Une lecture de la vieillesse et du vieillissement.....	39
1. Définitions	39
a. <u>La vieillesse</u>	39
b. <u>Le vieillissement</u>	43
2. Une approche psychodynamique du vieillissement.....	48
a. <u>L'involution somatique et la maladie physique</u>	48
b. <u>La vie pulsionnelle et l'angoisse de castration</u>	49
c. <u>Les pertes, le travail de deuil et la représentation de la mort</u>	51
d. <u>Le devenir du Moi, et des autres instances</u>	52
e. <u>Le retour des conflits oedipiens</u>	54

B.	La plainte mnésique	57
1.	Définition et réflexions à travers le temps.....	57
a.	<u>Autour du terme de plainte</u>	57
b.	<u>Evolution des concepts de trouble bénin liés à l'âge au cours du temps</u>	58
c.	<u>Le « flirt » entre plainte mnésique et état (pré)-déméntiel : l'apparition du concept de Mild Cognitive Impairment (MCI).</u>	60
2.	Quelques données épidémiologiques	64
a.	<u>Données démographiques</u>	64
b.	<u>Plainte et santé générale</u>	65
c.	<u>Plainte mnésique et performance cognitive</u>	65
d.	<u>Plainte mnésique et corrélats psychoaffectifs</u>	65
3.	Sémiologie de la plainte mnésique bénigne	66
4.	Signification de la plainte mnésique.....	66
a.	<u>La plainte mnésique « bénigne » comme souffrance multifactorielle</u>	67
b.	<u>La plainte comme reflet des modifications propres au vieillissement normal</u>	69
c.	<u>La plainte mnésique comme manifestation de l'anxiété</u>	70
d.	<u>La plainte mnésique comme manifestation de la dépression</u>	72
5.	Diversité psychopathologique dans la clinique de la plainte mnésique	74
a.	<u>Névrose et plainte mnésique</u>	74
b.	<u>La clinique des fonctionnements limites</u>	76
c.	<u>La clinique des fonctionnements psychotiques</u>	78
6.	Evaluation de la plainte	78
a.	<u>La question de la première rencontre</u>	79
b.	<u>Quels outils d'évaluation utilisés ?</u>	81
Partie 3 Centre Mémoire de Ressource et de Recherche en France (CMRR) : état des lieux sur la place de la psychiatrie.		90
A.	Création des centres mémoire : historique et évolution	91
1.	La circulaire du 16 Avril 2002	91
a.	<u>Missions et moyens des consultations mémoire de proximité</u>	92
b.	<u>Missions et moyens des centres mémoires de ressource et de recherche</u>	94
2.	Evolution	95
a.	<u>Quelques chiffres</u>	95
b.	<u>Actuellement : les psychiatres, les « oubliés » dans le champ des démences.</u>	96
3.	Les CMRR et l'interdisciplinarité	98
B.	Enquête dans les différents centres mémoire de ressource et de recherche (CMRR) de France.	99

1.	Matériel et méthode.....	100
a.	<u>Type d'étude</u>	100
b.	<u>Instruments d'évaluation</u>	100
c.	<u>Analyse statistique</u>	101
2.	Résultats.....	101
a.	<u>Caractéristiques des CMRR</u>	102
b.	<u>Fonctionnement du centre</u>	103
c.	<u>La fonction du psychiatre</u>	105
3.	Discussion.....	114
a.	<u>Limites méthodologiques</u>	114
b.	<u>Discussion des résultats</u>	115
Partie 4 L'apport d'une lecture psychodynamique dans la prise en charge de la plainte mnésique en CMRR		120
A.	De la signification au lien, pour le patient et les soins.....	121
1.	Une approche psychodynamique peut-elle être utile dans l'accompagnement d'une plainte mnésique ?.....	121
a.	<u>Rappel historique au sujet de la psychanalyse du sujet vieillissant</u>	121
b.	<u>Intérêt de la perspective psychodynamique dans le soin en CMRR</u>	123
2.	Le psychiatre du CMRR : un rôle de lien vers l'extérieur.....	129
B.	L'intérêt des rencontres familiales en CMRR.....	132
1.	Le rôle de la famille dans le vieillissement individuel.....	132
a.	<u>La fonction de dépôt</u>	132
b.	<u>La fonction de proximité</u>	133
c.	<u>La fonction de continuité</u>	133
d.	<u>La fonction de transitionnalité</u>	134
e.	<u>La fonction de pare-excitation</u>	134
f.	<u>La fonction de socialisation</u>	134
2.	Les crises dans la famille du sujet âgé.....	136
a.	<u>Clinique de la crise familiale</u>	136
b.	<u>L'abord psychanalytique de la crise familiale</u>	138
c.	<u>Les fantasmes de régression symbiotique et de mort collective⁵¹</u>	139
d.	<u>L'issue de la crise familiale</u>	140
3.	L'entretien familial.....	141
a.	<u>La place de l'entretien familial dans la prise en charge</u>	141
b.	<u>La structure du groupe</u>	143
4.	Les rencontres familiales : quelles interventions pour le psychiatre ?.....	146

a. <u>Les interventions dites d'<i>investigation</i></u>	146
b. <u>Les interventions dites <i>de soutien</i></u>	146
c. <u>Les interventions à visée plus <i>psychothérapique</i></u>	147
Conclusion	148
BIBLIOGRAPHIE	170

Liste des tableaux

Tableau 1 : La mémoire à long terme	18
Tableau 2 : Evaluation de la plainte mnésique du sujet âgé.....	89
Tableau 3 : Composition de l'équipe en CMRR, moyenne de l'activité en équivalent temps plein et proportion des différentes professions.	104
Tableau 4 : Tableau représentant la proportion des spécialités absentes dans les différents CMRR.	105
Tableau 5 : Orientation vers la consultation psychiatrique	107
Tableau 6 : Proportion des diagnostics	109
Tableau 7 : Orientations dans la prise en charge du psychiatre	111
Tableau 8 : Réunions pluridisciplinaires	112
Tableau 9 : « Les organisateurs inconscients du processus de séparation entre le parent âgé et sa famille ».	145

Liste des figures

Figure 1 : représentation des différentes professions présentes en CMRR et leur proportion	104
Figure 2 : rapport entre activité globale moyenne du psychiatre et autres professionnels.....	106
Figure 3 : caractéristiques du poste de psychiatre.....	108
Figure 4 : outils d'évaluation éventuellement utilisés dans l'aide diagnostique.....	110

Liste des Annexes

ANNEXE 1	
Anatomie du circuit de Papez.....	151
ANNEXE 2	
Représentation schématique de la mémorisation d’après Signoret ⁶	152
ANNEXE 3	
Critères diagnostiques de démence du DSM-IV	153
ANNEXE 4	
Critères du NINCDS-ADRDA.....	154
ANNEXE 5	
Questionnaire d’auto-évaluation de la mémoire – Version Abrégée	156
ANNEXE 6	
Echelle d’évaluation des difficultés cognitives	158
ANNEXE 7	
Echelle de dépression gériatrique à 15 items	160
ANNEXE 8	
Echelle de dépression gériatrique à 30 items	161
ANNEXE 9	
Echelle d’évaluation de la dépression de P. PICHOT – QD2A	163
ANNEXE 10	
Questionnaire d’appréciation de la fonction de psychiatre en Centre Mémoire (CMRR) .	164

Introduction

Depuis plusieurs années maintenant la population âgée connaît une croissance démographique très importante. Grâce au progrès de la médecine, l'espérance de vie s'allonge, augmentant ainsi le nombre de « séniors ». Ce phénomène est amplifié par le vieillissement de la génération du baby-boom.

Dans ce contexte, la question du diagnostic précoce et de la prise en charge des pathologies de la mémoire se retrouve au cœur des préoccupations actuelles.

Ainsi et sous l'influence de mesures politiques, sont apparues depuis quelques années des consultations spécialisées et des centres mémoire.

Au cours de mon parcours d'interne de psychiatrie, j'ai pu m'intéresser à la psychiatrie du sujet âgé et suivre la formation théorique mais aussi pratique d'un diplôme universitaire intitulé « diagnostic et prise en charge des démences ». C'est ainsi que j'ai pu expérimenter plus concrètement le fonctionnement d'un Centre Mémoire de Ressource et de Recherche (CMRR). De là, sont nés des questionnements sur la place que peuvent avoir les psychiatres au sein de telles unités, volontiers considérées comme des centres d'expertise des troubles mnésiques. Que peut apporter notre spécialité à la fois au patient, à la famille mais aussi à l'institution elle-même, et ce, plus particulièrement quand le symptôme désigné est une plainte mnésique ?

L'hypothèse principale de notre travail est que la lecture organiciste des maladies de la mémoire n'exclut pas une approche psychodynamique. Ces deux visions peuvent être complémentaires afin de mieux prendre en charge le patient et sa famille dans l'accompagnement de la plainte de mémoire.

Pour initier le sujet de la plainte mnésique, il convient de rappeler certaines généralités sur la mémoire. Dans une première partie, nous aborderons la place de la psychiatrie dans le champ des maladies de la mémoire, en s'attardant sur les notions de mémoire à la fois sous l'angle des neurosciences et de la psychanalyse, et en nous interrogeant sur leur histoire commune. Nous verrons ainsi comment des ponts peuvent s'établir et quelle peut être la place des psychiatres, aujourd'hui, en Centre Mémoire de Ressource et de Recherche.

La vieillesse représente un temps de l'existence bien particulier s'accompagnant de nombreuses pertes aussi bien physiques, psychiques, relationnelles et sociales. Ainsi, elle peut être un temps propice pour l'expression des pertes de mémoire. Nous réfléchirons, dans une deuxième partie, à l'analyse de la plainte mnésique, que nous, psychiatres, pouvons apporter en CMRR, à la lecture de la vieillesse et du vieillissement.

Pour illustrer notre propos concernant la place et le rôle du psychiatre en CMRR, nous avons entrepris de réaliser une étude descriptive dans les différents centres de France. Après avoir évoqué la création des CMRR, leur organisation et leurs objectifs, nous tenterons de répondre à certaines questions : Existe-il une intervention d'un psychiatre dans tous les CMRR ? Leur rôle est-il purement celui de co-expert à l'évaluation diagnostique ? Le psychiatre peut-il avoir un rôle dans le suivi thérapeutique des patients ? Peut-il avoir un rôle auprès des familles et de l'institution ? Quel lien existe-il avec les réseaux de soins ?

Enfin, nous aborderons la question de la prise en charge du patient et de sa famille dans une approche psychodynamique. Nous verrons ce en quoi cette lecture du symptôme « plainte mnésique » peut ouvrir vers des pistes thérapeutiques dont l'objet est de pouvoir créer un autre mode de communication en tentant de lier le soma à la psyché. De plus, le symptôme peut parfois s'inscrire dans une dynamique familiale bien particulière et faire l'objet d'une crise familiale. En s'appuyant sur l'expérience de Pierre Charazac auprès des familles de patients âgés, nous tenterons de développer l'intérêt de telles rencontres dans le cadre des CMRR.

Partie 1
**La place de la psychiatrie dans le champ des
maladies de la mémoire**

A. La mémoire entre neuroscience et psychanalyse : un bref aperçu

« Tout prend, à mesure qu'on vieillit, l'allure du souvenir, même le présent. On se considère soi-même comme déjà passé. »

Marcel Jouhandeau (Réflexions sur la vieillesse et la mort).

La question des rôles et objectifs des centres mémoire de ressource et de recherche fait référence en premier lieu à la notion de mémoire et des maladies qui lui sont associées.

La *mémoire*, l'*oubli*, ces mots ouvrent un espace sémantique étendu et incertain. La mémoire est à considérer comme une donnée quantitative, qui représente l'objet des neurosciences. Mais la mémoire est aussi une interface critique entre la sphère du subjectif et la sphère du relationnel : nos souvenirs appartiennent à notre intimité mais aussi à la rencontre avec autrui. Alors qu'est-ce que la mémoire, d'où vient-elle, de quoi sont fait nos souvenirs et nos oublis ? Tenter de répondre à ces questions est évidemment risqué, le champ des connaissances étant très vaste. Notre ambition n'est pas ici de répondre à l'ensemble d'entre elles mais d'avoir un aperçu de cette notion si complexe d'un point de vue de la neurologie et de la psychanalyse.

1. Quelques bases neurologiques sur la mémoire

La mémoire, selon Baddeley, est la « capacité d'acquérir des informations, de pouvoir les conserver et de les utiliser après un laps de temps variable »¹.

Dans la littérature, les termes « capacités » ou « fonctions » mnésiques sont préférés au terme mémoire. Ils renvoient, par l'utilisation du pluriel, à l'hétérogénéité et à la multiplicité des processus qui interviennent dans la fonction de mémorisation².

Le bon fonctionnement de la mémoire suppose également l'oubli d'informations « non pertinentes ».

a. Neuro-anatomie de la mémoire

Il est actuellement admis l'importance du **système limbique** dans le processus de mémorisation. Celui-ci est constitué par la circonvolution du corps calleux et par la circonvolution de l'hippocampe localisées à la face interne des hémisphères cérébraux.

Il convient de rappeler l'importance, au début du XXème siècle, de la découverte de James Papez qui a individualisé une partie de ce système. Il a mis en exergue un circuit qui portera par la suite son nom, le circuit hippocampo-mamillo-thalamo-cingulaire. Son point de départ est l'union des axones des neurones de l'hippocampe, qui se réunissent et se terminent dans le tubercule mamillaire. Puis les connexions se poursuivent vers le noyau antérieur du thalamus, les faisceaux axonaux se projettent alors vers le cortex frontal et vers le cortex cingulaire qui rejoint lui-même l'hippocampe. Le **circuit de Papez** réalise ainsi une boucle^{3, 4}(cf. annexe1).

L'**hippocampe**, qui se situe sur la cinquième circonvolution temporale à la face interne des hémisphères cérébraux, a trois fonctions, mises en évidence par l'expérimentation et l'observation clinique⁵ :

- une comparatrice, qui permet la comparaison en permanence d'un stimulus à une valeur affective ;
- une fonction de carte cognitive, qui permet la mémorisation des informations ;
- une fonction adaptatrice à une situation nouvelle.

Les **corps mamillaires**, situés dans l'hypothalamus près de la ligne médiane, sont également impliqués dans le processus de mémorisation. En effet, leur atteinte est responsable par exemple du syndrome de Korsakoff caractérisé par une amnésie antérograde absolue et une amnésie rétrograde relative⁵.

Le **thalamus**, situé à la partie profonde de l'hémisphère de chaque côté du 3^{ème} ventricule, est la zone où aboutissent toutes les sensibilités et impressions sensorielles.

Enfin, le lobe frontal, localisé à l'avant de la scissure de Rolando (séparant le lobe frontal du lobe pariétal) et au dessus de la scissure de Sylvius (séparant le lobe frontal du lobe temporal), a pour fonction l'organisation dans le temps et dans l'espace de l'ensemble des données enregistrées par l'encéphale.

Une modélisation neuro-anatomique simple est proposée par Signoret⁶ pour expliquer le processus de mémorisation (cf. annexe 2).

Les informations sensorielles atteignent le cortex temporo-pariétal associatif, puis elles sont transmises au système limbique. Le stimulus entre par la suite dans le circuit de Papez par le

biais de l'hippocampe et rejoint les tubercules mamillaires puis le thalamus et enfin le cortex cingulaire.

D'autres structures comme les amygdales, le septum et l'hypothalamus interviennent dans les processus de mémorisation par le biais des phénomènes physiologiques, émotionnels et affectifs. Ils permettent d'ajouter une empreinte émotionnelle aux souvenirs.

Il existe d'autres interactions entre les structures anatomiques dont on ne connaît pas encore bien le fonctionnement. Ce sont par exemple les interactions entre le cortex frontal et le cortex sensoriel associatif.

b. Neurochimie de la mémoire

On retrouve plusieurs neuromédiateurs impliqués dans le processus de mémorisation (Lalonde R. ⁷).

L'**acétyl-choline** est médiateur des neurones cholinergiques responsables principalement de la vasodilatation des artères et des capillaires, de la contraction et de l'hypersécrétion des bronches, mais aussi de la mémorisation. Dans la maladie d'Alzheimer, par exemple, il est noté une dégénérescence précoce des neurones cholinergiques du télencéphale.

La **dopamine**, précurseur des catécholamines (adrénaline et noradrénaline), joue un rôle dans l'activité motrice et l'initiation du mouvement ainsi que dans les phénomènes de mémoire et de cognition.

La **noradrénaline** joue un rôle important dans l'humeur, l'anxiété, l'attention sélective et la mémorisation. Des études histologiques et chimiques ont mis en évidence la destruction d'une partie de ces cellules dans la maladie d'Alzheimer.

La **sérotonine** a pour fonction de réguler le sommeil, l'humeur, l'agressivité et les processus de mémorisation.

Le **GABA** (acide gamma amino butyrique) est un dérivé de l'acide glutamique, médiateur chimique de la substance grise. Les agonistes des récepteurs GABA, comme les benzodiazépines, ont une action contre l'anxiété ainsi qu'un effet amnésiant.

La mémoire représente la capacité d'acquiescer des informations, de pouvoir les conserver et de les utiliser après un laps de temps variable.

Il est admis désormais l'importance du système limbique dans les processus de mémorisation. Celui-ci est constitué par la circonvolution du corps calleux et de l'hippocampe localisées à la face interne des hémisphères cérébraux. Le circuit de Papez ou hippocampo-mamillo-thalamo-cingulaire fait parti de ce système et tient une place importante dans la mémorisation notamment dans les processus de stockage et de restitution.

Plusieurs neuromédiateurs sont impliqués dans les processus de mémorisation comme par exemple l'acétyl-choline, la dopamine, la noradrénaline, la sérotonine, l'acide gamma-aminobutyrique.

c. Les différents types de mémoires

Depuis une dizaine d'années, de nombreux chercheurs se sont penchés sur de nouveaux modèles de la mémoire. Tulving⁸ aux Etats-Unis, Baddeley¹ en Grande-Bretagne, ont mis en évidence que notre système de mémorisation n'était pas unitaire et que nous disposions de plusieurs types de mémoire qui nous permette d'accomplir des tâches spécifiques.

1° La mémoire sensorielle

Elle désigne la mémoire des perceptions sensorielles de durée très courte, de l'ordre de la demi-seconde. Sa perception est inconsciente. Les exemples les plus communs pour caractériser cette mémoire sont les sons ou les images subliminales.

2° La mémoire à court terme

La mémoire à court terme est appelée également mémoire **immédiate** ou encore **mémoire de travail**¹. C'est une mémoire ultra-courte (< 30 sec). Elle permet le maintien et la manipulation de l'information. Elle a pour fonction de faire le tri entre les nombreuses

perceptions auxquelles nous ne prêtons pas attention et celles qu'il faut garder en mémoire ou qui nécessitent une action immédiate de notre part. Elle nous permet donc de maintenir une petite quantité d'information nécessaire à la réalisation de tâches cognitives diverses (résolutions de problèmes, raisonnement, compréhension...). Elle est localisée dans le cortex préfrontal.

S'il existe différentes conceptions de la mémoire de travail, le modèle auquel il est plus souvent fait référence aujourd'hui, est celui de Baddeley et Hitch⁹. Ce modèle postule l'existence de deux sous-systèmes temporels de stockage (la boucle phonologique et le calepin visuo-spatial), coordonnés et supervisés par une composante attentionnelle, l'administrateur central. La **boucle phonologique** serait impliquée dans le stockage et le rafraîchissement de l'information verbale. Le **calepin visuo-spatial** serait responsable du maintien des informations spatiales et visuelles ainsi que de la formation et de la manipulation des images mentales.

L'**administrateur central**, lui, a la capacité de gérer le passage des informations entre les sous systèmes et la mémoire à long terme et plus globalement, il procède à la sélection stratégique des actions les plus efficaces en fonction des caractéristiques des contraintes de la tâche en cours.

Autrement dit, l'administrateur central serait un mécanisme ayant différentes capacités en particulier celles de la gestion et de la coordination des différentes opérations intervenant dans la mémoire.

3° La mémoire à long terme.

➤ **Fonctionnement :**

Son fonctionnement permet d'acquérir, de retenir puis d'utiliser ses connaissances. Cela est possible par le **triple processus de mémorisation** au sein de la mémoire à long terme que représentent l'encodage, le stockage et la restitution du souvenir⁵.

L'**encodage** est l'ensemble des processus conscients ou inconscients de traitement et d'élaboration d'une information pour en faire un souvenir. Il donne un sens à la fois quantitatif et qualitatif à l'information.

Le codage de l'information est réalisé au niveau du cortex frontal.

Le **stockage** permet une consolidation des informations afin qu'elles ne soient pas oubliées. L'hippocampe permettrait le stockage des informations à court et à long terme au niveau du cortex.

La **restitution du souvenir** est un mécanisme très élaboré. Elle met en jeu des mécanismes actifs qui vont travailler grâce aux indices de l'encodage. Ce rappel de l'information serait sous la dépendance du cortex cingulaire et du cortex frontal.

➤ **Classification :**

La classification de la mémoire est sujette à de nombreuses modifications par les auteurs. Il y a consensus sur le fait que les théories actuelles distinguent schématiquement deux grands systèmes de mémoire à long terme (Van Der Linden M.¹⁰) :

- La mémoire consciente, explicite, déclarative qui comprend la mémoire épisodique et la mémoire sémantique ;
- La mémoire inconsciente, implicite qui comprend la mémoire procédurale et la mémoire implicite ou amorçage ou encore appelée priming.

La **mémoire explicite** fait intervenir des mécanismes de rappel conscients de l'information stockée.

La **mémoire implicite** s'oppose en tout point à celle-ci puisqu'elle met en jeu des mécanismes de restitution inconscients. Il y a amélioration de la performance lors d'une tâche perceptive, lexicale ou sémantique. C'est une mémoire automatique : nous apprenons sans nous en souvenir. L'exemple le plus typique est celui de la publicité subliminale dans les médias.

La **mémoire déclarative** a trait aux faits et aux connaissances. Elle est consciente et acquise.

La **mémoire procédurale** implique les apprentissages sensori-moteurs, perceptifs et cognitifs. Elle est implicite, plutôt lente, fiable et peu flexible car l'information n'est restituée de façon adéquate que dans le même système de réponse qui a été engagé au cours de l'apprentissage initial. L'exemple qui reflète cette mémoire est la conduite du vélo ou de la voiture, qui implique habileté et habitude et non une réflexion et une concentration pour savoir si notre pied droit doit appuyer sur l'accélérateur dans telle ou telle situation.

La **mémoire épisodique** contient l'ensemble des informations et événements personnels qui sont répertoriés dans leur contexte spatial, temporel et émotionnel. En somme, c'est la **mémoire biographique**.

La **mémoire sémantique** regroupe l'ensemble des connaissances : connaissances de la langue, des faits historiques, des idées et des concepts. Elle est aussi appelée mémoire générique.

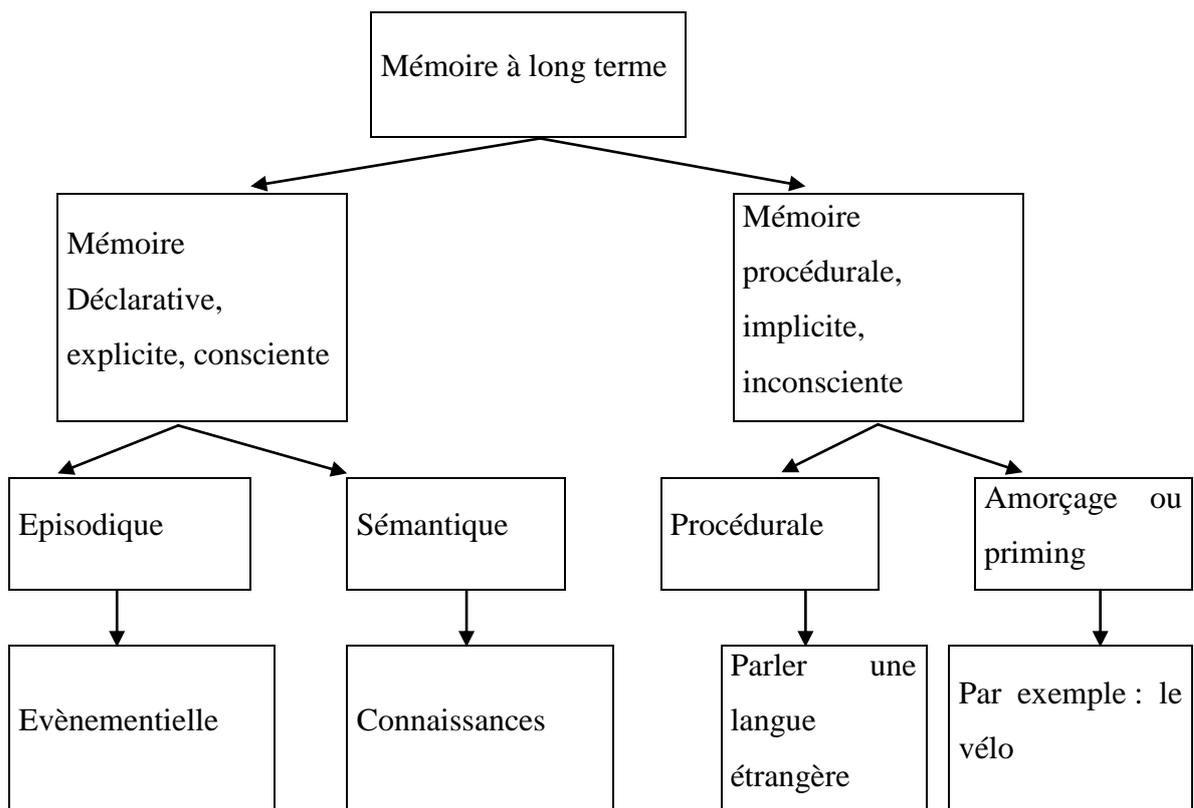


Tableau 1 : la mémoire à long terme

La mémoire a été catégorisée en différentes formes : la mémoire sensorielle, la mémoire à court et la mémoire à long terme.

La classification de la mémoire à long terme a été sujette à de nombreuses modifications par les auteurs mais il est admis actuellement qu'elle se décompose en deux grands systèmes :

la mémoire consciente, explicite, déclarative qui comprend la mémoire épisodique et sémantique

la mémoire inconsciente, implicite qui comprend la mémoire procédurale et la mémoire implicite ou priming.

Concevoir la mémoire comme une aptitude à se souvenir, c'est réduire celle-ci aux processus de stockage et de récupération des informations.

C'est dans un tout autre sens que la psychanalyse tente de définir le concept de mémoire dont la formulation fut introduite par Freud par le terme « traces mnésiques ».

2. La mémoire : les apports de Freud et la vision psychanalytique

Sigmund Freud s'est interrogé, tout au long de sa vie, sur la complexité des mécanismes psychiques de l'être humain. Il s'est attaché à donner une certaine conception de l'appareil psychique et notamment de l'inconscient, et au cours de l'évolution de sa pensée il a évoqué ses réflexions concernant les « traces mnésiques ». Il est complexe de résumer la pensée et les réflexions de Freud par rapport à ce sujet, néanmoins nous nous attarderons sur certaines idées clés assez révolutionnaires pour l'époque.

« Les traces mnésiques désignent la façon dont les événements s'inscrivent dans la mémoire. Elles sont déposées, selon Freud, dans les différents systèmes (conscient, préconscient et inconscient) ; elles subsistent de façon permanente mais ne sont réactivées qu'une fois investies. » (La planche J. et Pontalis J.-B¹¹).

En effet, dans l'*Interprétation des rêves*¹², Freud évoque que les traces des expériences antérieures, en rapport avec une satisfaction ou un déplaisir, peuvent être retrouvées secondairement dans des comportements ou des sentiments survenant à l'âge adulte. Freud explique : « *une humiliation ressentie trente ans auparavant agit exactement comme si elle venait de se produire... dès lors qu'elle s'est trouvée amenée à appartenir à l'inconscient source de l'émotion. Lorsque le souvenir en est touché il reprend vie et se manifeste chargé d'une excitation qui trouve une décharge motrice dans le vécu émotionnel. C'est précisément le point où la psychothérapie se doit d'intervenir. Son rôle étant de permettre au processus inconscient d'être abordé et résolu et d'apporter ainsi l'oubli.* ».

Dans la mémoire, elle-même, Freud introduit des distinctions topiques et il compare l'organisation de celle-ci à des « *archives complexes où les souvenirs se rangent selon différents mode de classification* »¹¹. Dans la lettre à W. Fliess¹³ (1896) il évoque : « *je travaille sur la supposition que notre mécanisme psychologique s'est créé par un processus de stratification : le matériel se présente sous la forme de traces mnésiques qui sont soumises de temps en temps à un nouvel arrangement dans de nouvelles circonstances, à une retranscription. Ce qu'il y a d'essentiellement neuf dans ma théorie, c'est l'idée que la mémoire est présente non pas une seule mais plusieurs fois et qu'elle se compose de diverses sortes de signes.* »

Avec la théorie des systèmes, Freud compare le système Préconscient à une zone d'échange, de communication, qui fait circuler les traces mnésiques entre les autres systèmes et qui met en place une ou plusieurs censures¹⁴.

La conception freudienne de l'amnésie infantile peut éclairer la théorie métapsychologique des traces mnésiques. Effectivement, pour Freud, si nous ne nous souvenons pas de nos premières années de vie, ce n'est pas d'un défaut de fixation mais en raison du refoulement¹¹. Cette conception s'appuie sur la distinction entre la représentation et le « quantum d'affect », que Freud définit comme une somme d'excitation qui est susceptible d'augmentation ou de diminution, de déplacement et de décharge, et qui est se répand sur les traces mnésiques¹¹.

Proche de la trace mnésique, la conception de représentant de chose sera évoquée par Freud au cours de ses études sur l'aphasie. « *La représentation de chose consiste en un investissement, sinon d'images mnésiques directes de la chose, du moins en celui de traces mnésiques plus éloignées, dérivées de celles-ci* »¹¹. La représentation de mot est introduite dans une conception qui « *lie la verbalisation et la prise de conscience* »¹¹.

Freud soutiendra également la thèse d'une intemporalité de l'inconscient : « *pour l'inconscient rien de finit, rien ne passe, rien n'est oublié* »¹².

De l'oubli, Freud en abordera le sujet dans son article de 1898 où il rapporte son propre exemple d'oubli de nom propre¹⁵. Il fait l'hypothèse d'une participation du processus de refoulement dans l'explication du mécanisme de l'oubli.

Rares sont ceux qui, après Freud, se sont penchés sur une certaine théorisation de la mémoire. Certains auteurs contemporains tels que A. Green ont rencontré cette question sous la forme de la temporalité.

Quelles peuvent donc être les limites retenues par les théoriciens pour négliger leurs réflexions sur la mémoire et les représentations ?

Nous pouvons penser que l'approche de cette question met en scène une perspective plus « psychologique » que « métapsychologique » d'autant plus qu'à l'heure actuelle les théorisations neuropsychologiques sur la mémoire sont grandement à l'oeuvre.

Ne pouvons-nous tout de même pas penser que neuropsychologie et psychanalyse ne sont peut être pas si éloignées dans la conceptualisation de la mémoire ?

3. Vers une convergence théorique

On pourrait se risquer, comme Dewavrin P. le souligne, à rapprocher la notion de mémoire épisodique avec ce que Freud appelait « la représentation de choses », et d'associer la mémoire sémantique à la « représentation de mots »¹⁶. La mémoire sémantique permettrait ainsi de mettre en mot des représentations de choses. La mémoire sémantique serait la trace du processus secondaire, et la mémoire épisodique du processus primaire.

Il nous paraît important de rappeler que la mémoire épisodique est corrélée avec le thalamus et le système limbique. En effet, des lésions touchant spécifiquement l'hippocampe, le fornix, les corps mamillaires ou le thalamus antérieur peuvent provoquer une amnésie antérograde et rétrograde (Mayes A. R.¹⁷). Nous l'avons vu, les stimuli sensoriels sont enregistrés par les structures limbiques, puis retravaillés et associés au cortex pré-frontal avant d'être engrammées. Dewavrin¹⁶ s'appuie sur ces données pour émettre l'hypothèse que le processus primaire pourrait être à l'œuvre au sein de la mémoire épisodique, et le processus secondaire pourrait se coupler avec le langage.

Cette hypothèse est très proche, selon l'auteur, de l'idée d'accepter l'idée d'un travail de refoulement de la pulsion et de sa représentation. Notre fonctionnement mnésique nécessite un double processus d'encodage et de récupération, ce qui préfigurerait le processus de refoulement dans lequel l'encodage persisterait, mais où la récupération deviendrait impossible.

Freud, au cours ses réflexions autour de la théorie de l'inconscient, s'est penché sur le concept de mémoire par l'évocation des traces mnésiques.

« Les traces mnésiques désignent la façon dont les événements s'inscrivent dans la mémoire. Elles sont déposées, selon Freud, dans les différents systèmes (conscient, préconscient et inconscient); elles subsistent de façon permanente mais ne sont réactivées qu'une fois investies. »¹¹

De l'évocation d'une certaine intemporalité de l'inconscient, Freud nous permet de faire l'hypothèse que rien n'est oublié par les processus psychique.

Cet auteur introduira également la notion du refoulement comme possible mécanisme participant à l'oubli.

Nous nous sommes risqués à un parallèle entre mémoire sémantique et représentation de mot ainsi qu'entre mémoire épisodique et représentation de chose en nous appuyant sur les réflexions de Dewavrin¹⁶.

De plus, notre fonctionnement mnésique nécessite un double processus d'encodage et de récupération. Ceci peut préfigurer le processus de refoulement dans lequel l'encodage persiste, mais où la récupération devient impossible.

Nous avons voulu, avec ce travail, tenter de rapprocher certaines notions neuropsychologiques et psychanalytiques afin de démontrer qu'il reste possible, à l'heure actuelle, de penser de manière globale la mémoire.

Si les conceptions de Freud ne sont plus acceptables littéralement de nos jours, ses découvertes ont tout de même marquées l'histoire de part certaines avancées sur la compréhension du psychisme humain.

B. Lien entre psychiatrie et maladie de la mémoire

1. Une approche historique

L'histoire entre la psychiatrie et les maladies de la mémoire est longue et est complexe. Au commencement, ce sont les neuro-psychiatres qui sont à l'origine des réflexions autour des pathologies démentielles. Nous allons revenir sur ce long parcours et sur ce qui fait qu'aujourd'hui, la place de la psychiatrie dans ce champ, n'est plus aussi évidente que par le passé. Les maladies de la mémoire étant nombreuses, nous prendrons l'exemple de la maladie d'Alzheimer pour illustrer nos propos.

a. Le concept de démence

On attribue habituellement à **Philippe Pinel** (1745-1826) notre conception moderne de la démence. Philippe Pinel a fait ses études à Toulouse puis Montpellier. En 1793, à l'âge de 48 ans, il s'occupera, à Bicêtre, du service des aliénés. Il s'efforcera, avec l'aide du surveillant Pussin, d'ôter les chaînes aux malades les plus agités et de défaire le régime carcéral en place à l'époque¹⁸.

Il définit l'aliéné comme étant un sujet en rupture avec lui-même et avec les autres. Pour Pinel¹⁹, l'aliénation mentale est une maladie, et il est essentiel de pouvoir distinguer le malade de l'homme sain d'esprit. Il propose de pouvoir traiter les aliénés dans des structures spéciales « les asiles », sous la direction de médecins spécialisés « les aliénistes ». Pinel définit quatre formes différentes d'aliénation : la manie, la mélancolie, la **démence** et l'idiotie. Il s'intéressera à la pathologie mentale de la sénilité et notamment sur son aspect déficitaire. Cependant, pour lui, la démence ne représente que l'un des aspects de l'aliénation mentale et ne constitue pas une entité séparée.

Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), élève et disciple de Pinel, donnera une description plus précise de la démence en mettant en avant l'affaiblissement de la mémoire et des fonctions intellectuelles²⁰. La démence reste cependant dans le cadre de l'aliénation mentale et comme Pinel, il croit surtout à l'influence des causes morales dans la genèse des troubles.

Antoine Laurent Bayle (1799-1859) en 1822 décrira la « paralysie générale » (pour paralysie générale des fonctions intellectuelles) et démontrera que l'anatomopathologie peut apporter

des éléments importants dans la compréhension des maladies mentales. Il décrira une inflammation des méninges à l'examen macroscopique en lien avec une paralysie²¹. Longtemps plus tard, l'origine syphilitique a été identifiée et ce n'est que dans les années 1950, avec la découverte de la pénicilline, que la maladie a pu être enrayerée.

A partir de cette époque, deux écoles vont s'opposer sur l'origine des maladies mentales. Les uns, dans la tradition de l'aliénation mentale, privilégient l'origine psychologique des troubles (les psychistes), les autres insistent sur l'importance des lésions cérébrales (les organicistes)²².

La sémiologie de la démence proprement dite n'est réellement développée qu'au milieu du XIXème siècle, lorsque l'aliénation mentale cède place à la maladie mentale, concept développé par l'Ecole de Paris avec notamment les travaux de **Jean-Pierre Falret** (1794-1870)²³.

L'apparition du mot « Démence » dans le dictionnaire de Dechambre, écrit par **Benjamin Ball** et **Etienne Chambard**²⁴, peut être considérée comme le point de départ du concept tel qu'il est utilisé au XXIème siècle. Selon eux, la démence « *est l'expression clinique, variable selon les conditions qui la déterminent, d'une déchéance progressive des fonctions de la vie psychique ; la chronicité et l'incurabilité en sont les deux caractères principaux, ce qui la distingue des autres déchéances intellectuelles et morales, passagères et curables* ».

Ball décrira la « démence apoplectique » comme déclin cognitif, progressif et incurable, résultant d'un saignement, d'un ramollissement ou d'une tumeur cérébral (Berrios G. E. ²⁵).

Vers 1900, sont identifiées les démences séniles liées à l'artériosclérose avec l'idée que la démence résultait d'une réduction graduelle de l'apport sanguin au cerveau²⁵.

Ball distinguera finalement deux types de démences :

- les **démences organiques** dont la démence apoplectique, la paralysie générale, et la démence sénile ;
- les **démences liées aux « névroses »** (terme signifiant, à l'époque, maladies nerveuses sans lésions décelables) dont la pseudo-démence et la démence vésanique.

Le concept de « **pseudo-démence** » a été créé autour de 1880 pour illustrer des cas de démence qui guérissaient avec le temps. L'origine de ce terme est à attribuer à **Carl Wernicke** pour qualifier un « *état hystérique chronique mimant une faiblesse mentale* »²⁵.

La « **démence vésanique** », terme utilisé vers 1840, faisait référence aux « *états cliniques de désorganisation cognitive suivant la folie* »²⁵. S'appuyant sur la théorie de la dégénérescence, elle représentait le stade terminal de la manie et de la mélancolie. Son sens a évolué par la suite en parallèle avec la théorie psychiatrique si bien que vers 1900, les démences « vésaniques » sont devenues « pseudo-démences ».

Nous devons à **Alois Alzheimer** (1864-1915) un rôle essentiel dans la compréhension des démences, en particulier dans l'isolement de la démence vasculaire à partir de la paralysie générale d'une part, du processus dégénératif, d'autre part²². Neuropsychiatre, d'origine allemande, il a travaillé avec **Kraepelin** (1856-1926) et son activité a été essentiellement dévolue à la recherche. Ses travaux, notamment par son intérêt pour l'anatomie pathologique, ont fortement contribué à la démonstration de l'existence de démences purement dégénératives. Il fut également le premier à décrire les altérations histologiques de la Maladie de Pick.

Dans un article en 1907, Alois Alzheimer a rapporté le cas d'une femme de 51 ans présentant une altération progressive de la mémoire avec désorientation, associé à des troubles du comportement, un syndrome délirant ainsi que des troubles de la compréhension. A l'examen anatomopathologique après quatre d'évolution de la maladie, son cerveau montrait une **atrophie** diffuse, des **plaques**, des **neurofibrilles** et des **modifications artérioscléreuses**²²,
25.

A l'époque, la maladie d'Alzheimer va être définie comme **démence présénile** avec syndrome aphaso-apraxo-agnosique et considérée comme une forme précoce du processus sénile.

Par la suite, la notion de démence occupe le champ de la psychiatrie comme un des éléments du diagnostic différentiel devant tout trouble psychique du sujet âgé.

Ce n'est qu'à partir des années 1970 qu'une inversion de cette relation se développe sur la base des données neuropathologiques d'abord, puis génétiques, et que sera soutenue la thèse d'une affection liée à un processus spécifique dont la démence sénile dégénérative représente la forme la plus fréquente²². Cette pathologie s'autonomise des aspects catégoriels liés à l'âge.

Le terme de démence recouvre donc, depuis la fin du XIX^{ème} siècle jusqu'au années 80, un syndrome clinique caractérisé par un affaiblissement global des fonctions intellectuelles.

La parution du **DSM-III**²⁶ en 1980, va modifier le concept, car la démence n'est plus définie par le déficit de l'intelligence et ses fonctions les plus élevées (jugement, pensée abstraite), mais par un « *déficit mnésique associé à au moins un autre déficit des fonctions supérieures, d'intensité suffisante pour retentir sur la vie quotidienne* ». La nouvelle définition impose, par ailleurs, une origine organique, rejetant la notion de démence consécutive aux affections mentales.

Actuellement, le **DSM IV**²⁷ définit la démence comme suit (cf. annexe 3) :

« l'apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois une altération de la mémoire et une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes : aphasie, apraxie, agnosie, perturbation des fonctions exécutives ».

L'origine organique est au premier plan des définitions.

De plus, en parcourant la littérature internationale et comme nous le rappelle J.-M. Léger²⁹, nous constatons que la maladie d'Alzheimer, notamment, occupe une place importante dans les revues neurologiques. Ce déplacement vers la neurologie est confirmé par le **contexte anatomique** dans lequel évolue cette affection. Son identification repose sur l'existence de lésions histologiques caractéristiques qui sont les plaques séniles et la dégénérescence neurofibrillaire à l'examen anatomopathologique, ainsi que sur une atrophie portant sur le lobe limbique (plus particulièrement hippocampique). La perturbation de la fonction mnésique est décrite avec précision sur le plan cognitif et des critères diagnostics standardisés ont été rédigés tels que les critères de la maladie d'Alzheimer du NINCDS-ADRDA²⁸ (cf. annexe 4). La procédure diagnostique est donc codifiée et se fonde essentiellement sur les résultats du bilan neuropsychologique avec notamment le Mini Mental State (MMSE) qui teste les diverses fonctions cognitives. Le recours aux résultats de l'imagerie cérébrale (qui peuvent montrer une atrophie hippocampique) constitue également un moyen incontournable désormais pour avoir des éléments additionnels en faveur d'une maladie d'Alzheimer²⁹.

Dans les années 70, les chercheurs ont pu mettre en évidence l'existence de déficits cholinergiques dans la maladie d'Alzheimer. Suite aux divers essais cliniques visant à augmenter la cholinergie, en 1995, est apparue sur le marché la tacrine, premier inhibiteur de la cholinestérase (Albou P.³⁰). A noter que les psychiatres au même titre que les gériatres et les neurologues sont habilités à prescrire, en tant que premier prescripteur, des inhibiteurs de l'acétyl- cholinestérase.

b. Le développement de la psychiatrie du sujet âgé

- Une évolution en parallèle à la psychiatrie

Les bases de la psychiatrie gériatrique vont se mettre en place au cours du XXème siècle. Avec la réorganisation de la psychiatrie dans son ensemble et la mise en place d'une politique de « secteur », le travail des équipes de soins sur le terrain ainsi que la dimension bio-psycho-sociale dans l'approche du patient sont soulignés.

Dans les années 50, **Henri Baruk** propose la création d'unité de gérontopsychiatrie au sein des hôpitaux psychiatriques, pour accueillir des malades âgés atteints de troubles psychiques en lien avec le vieillissement²⁹.

L. Bonnafé insiste sur l'intervention des équipes médico-sociales pour aider les familles de patients atteints de troubles cognitifs graves²⁹.

Parallèlement, en 1962, la commission d'étude sur le vieillissement de la population publie ses conclusions sur les nouvelles perspectives de prise en charge des malades vieillissant, basées sur le maintien dans leur milieu de vie habituel.

Nous devons également à **C. Balier**, en 1965, la création du premier centre de traitement de jour pour personnes âgées dans le XIIIème arrondissement de Paris (Léger J.-M.)³¹.

Au cours des années 70, c'est autour de la gériatrie de se développer. Puis, autour des années 80, la psychiatrie française va progressivement s'intéresser aux particularités de la prise en charge de la personne âgée notamment par les difficultés rencontrées face aux troubles du comportement en institution à l'origine de phénomènes de marginalisation. Par ailleurs, ceux-ci ont souvent été, et sont encore, un motif d'hospitalisation en urgence en psychiatrie.

Certains psychiatres, en référence au schéma d'organisation de la psychiatrie de secteur, ont pu mettre en place un système de collaboration entre équipes gériatriques et psychiatriques et d'interventions de celles-ci en institution, dans le but de prévenir ces troubles.

Au fil des années, nous avons pu voir naître un engouement de plus en plus important des psychiatres pour la clinique des personnes âgées si bien qu'en 1986 a été créée la Société de Psychogériatrie de Langue Française³¹. Cette société permet ainsi de mettre en exergue certains aspects théoriques et pratiques des soins spécifiques au sujet âgé.

Même au sein de l'université, par le développement de la capacité de gériatrie ainsi que des diplômes universitaires, nous voyons se confirmer l'importance de ces réflexions autour du vieillissement. Si bien qu'à l'heure actuelle, est en cours d'élaboration le diplôme d'étude spécialisée complémentaire de psychogériatrie.

- Hésitations terminologiques

Plusieurs auteurs se sont interrogés sur les termes à employer lorsqu'est évoqué le domaine de rencontre « psychiatrie et gériatrie »³⁰.

En 1952, H. Baruk a proposé, au troisième congrès international de gérontologie, un rapport sous le terme de **Neuropsychiatrie des vieillards**. Puis en 1955, il a choisi le terme de **gériatrie psychiatrique** pour qualifier le service qu'il a créé à la maison nationale de Saint-Maurice.

La « **gérontopsychiatrie** »³⁰ a été utilisée par Leconte, en 1961, lorsqu'il a ouvert son service à l'Hôpital Saint-Anne à Paris. De même, Müller et Wertheimer ont usé de ce terme pour nommer leur ouvrage publié en 1969. Léger et Tessier ont créé eux-aussi une unité de **gérontopsychiatrie** sur Limoges en 1980. C. Balier a utilisé le terme de **psychiatrie gériatrique**³⁰ pour créer le premier centre de jour pour personnes âgées.

Par la suite, la terminologie de **psychogériatrie**³⁰ a été employée notamment par I. Siméone et L. Ploton. Devant tant d'hésitations terminologiques, J. Richard et P. Droz³², en 1984, ont tenté de préciser les domaines d'intervention respectifs de la psychiatrie gériatrique et de la psychogériatrie. Selon ces auteurs, ces deux notions n'ont pas les mêmes objets. « *La psychiatrie gériatrique a pour objet la pathologie et le traitement :*

- *des affections psychiatriques apparues au cours de la vieillesse dont le début est fixé, par convention, au cours de la sixième décennie ;*
- *de celles qui existaient avant cet âge et qui persistent ou réapparaissent plus tard ;*
- *des déficits de la cognition qui se manifestent dans la pré-sénilité. »*

Ils précisent, par la suite, que « *la psychogériatrie, quant à elle, a pour objet :*

- *l'hygiène mentale de la personne âgée et la prévention, chez elle, des conséquences du vieillissement, de la vieillesse et de la maladie ;*
- *les problèmes relationnels et comportementaux nés de l'usage par la personne âgée de certaines structures de soins qui lui sont réservées ou sont conçues pour elle par la communauté où elle vit ;*
- *la psychologie de la pratique soignante, ainsi que l'observation et le contrôle des attitudes du soignant et des proches conditionnés par leur activité auprès des personnes et des patients âgés. »*

Cette définition permet de faire le point sur l'ensemble des domaines dans lequel est impliqué le psychiatre auprès des personnes âgées et distingue ce qui a trait à la pathologie et à la psychologie médicale.

Or comme le souligne Jean-Marie Léger ³¹, « *psychiatrie du sujet âgée et psychogériatrie sont constamment intriquées, et leur dissociation est quasi impossible dans la pratique quotidienne* ». De plus, il nous semble que d'envisager ces deux conceptions renvoie, de fait, à un certain clivage du soin auprès de la personne âgée.

Jean-Marie Léger évoque l'utilisation préférentielle des termes de **psychiatrie du sujet âgé** ou **gérontopsychoiatrie** lorsque les psychiatres sont seuls concernés, alors que le terme de **psychogériatrie** est plutôt appliqué au domaine de concertation entre psychiatres et gériatres.

Pour conclure :

Depuis plusieurs années, les psychiatres ont investi le champ des maladies de la mémoire. Le concept de démence a été de nombreuses fois remanié avec l'avancée de la science et des réflexions de Philippe Pinel à Alois Alzheimer.

Plus récemment, des réflexions et pratiques autour de la psychiatrie du sujet âgé se sont développées.

Aujourd'hui cependant, l'origine organique autour des maladies démentielles est au premier plan des définitions et leur prise en charge est dévolue de manière prépondérante aux gériatres et neurologues

Le psychiatre ne semble plus avoir sa place dans la prise en charge. Y a-t-il des raisons à l'éloignement de notre discipline dans ce champ ? Quel rôle pouvons-nous aujourd'hui jouer auprès des personnes âgées se plaignant de leur mémoire ?

2. L'éloignement de la psychiatrie : quels facteurs sont en jeu ?

a. Des facteurs socio-économiques

Durant le dernier quart du XXème siècle, les missions confiées à la psychiatrie publique n'ont cessé de s'étendre. En revanche, la stagnation de leurs moyens, nous rappelle P. Charazac, conduit les secteurs de psychiatrie générale à revoir fréquemment leurs priorités³³. L'augmentation d'une certaine morbidité concernant les pathologies de l'adulte jeune a poussé les psychiatres à centrer leurs réflexions sur ce type de pathologie (questionnement concernant la crise suicidaire, les addictions, etc.).

Comme nous le dit P. Jaulin, pour des raisons économiques qui ont poussé à la réduction des lits au profit de soins ambulatoires et d'alternatives à l'hospitalisation, la psychiatrie en est venue à éviter progressivement, comme l'ensemble des spécialités médicales, les longues hospitalisations potentielles des sujets vieillissants avec les problématiques somatiques et sociales que cela peut comporter³⁴.

Influencée par des mesures socio-économiques et politiques, la psychiatrie s'est donc éloignée, de fait, de la question de la prise en charge des sujets vieillissants et déments, laissant place aux disciplines telles que la neurologie et la gériatrie.

b. Des facteurs propres au psychiatre

Plusieurs facteurs peuvent nous faire penser combien il est difficile pour le psychiatre d'intégrer les patients âgés dans une prise en charge.

Le premier obstacle que nous pouvons mettre en évidence, à la lumière des travaux de E. Roche, est la prise en compte dans les soins de la **dimension somatique**³⁵. Avec l'âge, le risque d'acquies diverses pathologies augmente, et le sujet âgé nous met face à une complexité dans la mise en place du traitement (interactions médicamenteuses, risque lié au surdosage...), et dans l'évaluation diagnostique. En effet, les frontières sont parfois étroites entre les pathologies somatiques et psychiatriques, et certaines d'entre elles peuvent avoir l'expression de l'une ou de l'autre. L'étroite collaboration entre psychiatres et somaticiens, qui n'est pas toujours évidente, est essentielle pour tenter de rétablir des liens, ensemble, autour du corps et de l'esprit.

La **dimension contre-transférentielle** ne doit pas être sous-estimée dans le choix des psychiatres à ne pas travailler avec les personnes âgées.

« *Que nous le voulions ou non le vieillard symbolise la mort* », nous dit Le Gouès³⁶. Par ailleurs, Goldfarb et Meerloo soulignent comme principale difficulté dans la prise en charge, la problématique contre-transférentielle des thérapeutes face aux personnes âgées³⁶.

La nécessité pour le psychiatre de devoir composer avec la vieillesse, la détérioration intellectuelle, la confrontation à la mort dans la relation avec la personne âgée le place face à sa propre angoisse de mort. Le psychiatre a vite fait de fuir le vieillard afin d'éviter d'être entraîné dans des préoccupations mortifères. De plus, cela renvoie également au rapport que le psychiatre entretient avec son propre vieillissement.

Un autre point peut être le **manque de formation** et le **sentiment de ne pas être compétent** face à la problématique du vieillissement souvent au cœur de la symptomatologie du sujet âgé³⁵.

Enfin, soulignons qu'il est très rare que la demande d'aide psychiatrique émane de la personne âgée. La question de **l'absence de demande** ou d'une **demande triangulée** par un somaticien peut interroger les psychiatres sur la nécessité et la validité d'un entretien.

Cette question fait référence, nous en reparlerons plus loin, à notre rôle de liaison et de notre place auprès du médecin « demandeur »³⁵.

c. Des facteurs remontant aux origines de la psychiatrie française

Il faut souligner que la pratique de la neurologie et de la psychiatrie se faisait, jusqu'à la fin des années 60, au sein d'une même spécialité la neuropsychiatrie.

« *Née de la séparation de la neurologie en 1968, elle a longtemps entretenu un fantasme d'auto-engendrement lui imposant, entre autres choses, de se détacher du corps de ses patients* » (Charazac P.³³). Ce détachement, ressemblant parfois à un véritable déni du corps malade, a pu faire courir des risques vitaux aux patients.

Sous couvert des neurosciences, le corps revient aujourd'hui à la psychiatrie « *comme une menace pesant sur ce scénario narcissique* » (Charazac P.³³).

Le patient âgé, atteint par exemple de démence, dérange peut-être la psychiatrie parce qu'il l'expose à l'espace entre la neurologie représentant le corps et la psychanalyse représentant la psyché.

<p>Pour se défendre de l'identification aux neurosciences qui plane derrière cela, la psychiatrie pourrait être prête à l'abandon de la démence à la neurologie, et ce, d'autant que les derniers neuropsychiatres sont partis à la retraite depuis déjà quelques années.</p>

Serait-il possible de penser un lien complémentaire entre neuropsychologie et psychiatrie sans mettre en question l'identité propre de chaque discipline ? La naissance de la psychogériatrie vient en partie compenser cette évolution.

3. Une vision globale est-elle possible ?

Nous avons vu, qu'à travers l'histoire, les maladies de la mémoire sont considérées soit comme d'origine psychologique soit d'origine organique, et que progressivement un clivage s'est instauré entre psychodynamique d'une part et psychologie expérimentale d'autre part.

J. Maisondieu³⁷ rapporte que les deux points de vue sont inconciliables, mais qu'en plus il est nécessaire qu'ils le demeurent car ils n'ont rien avoir l'un avec l'autre. L'organogénèse est directement liée à la recherche de cause, la psychogénèse se vante d'être à la recherche du sens. Il considère que si les « *deux points de vue doivent chacun garder intacte la spécificité de leur logique, il conviendrait néanmoins de recourir aux deux sans chercher ni à les opposer ni à les réconcilier afin de les utiliser en synergie parce qu'ils ont chacun leur pertinence et qu'il n'y a aucune de raison de sacrifier l'un à l'autre* ».

De même, C. Derouesné³⁸ aborde le sujet avec « une vision binoculaire » et se questionne sur la difficulté des spécialistes d'accepter que « *tout symptôme possède à la fois une cause et une signification et que les relations entre les deux ne sont pas univoques* ».

Le vieillissement de l'individu, ainsi que les pathologies qui lui sont associées, intéresse à la fois le fonctionnement cognitif, affectif et social. Les perturbations psychiques peuvent être abordées à différents niveaux d'observation en laissant à chaque discipline l'individualité de ses méthodes. Mais, il est vrai qu'une bonne compréhension des processus en jeux, individuels et familiaux, nécessite une coopération entre les différents acteurs des soins pour une meilleure prise en charge du patient âgé. Peut-on rêver que chacun des partenaires des soins aux personnes âgées puissent, un jour, apprendre à cohabiter et s'entendre afin d'appréhender le symptôme à la fois sous l'angle des mécanismes cérébraux et du sens qu'il revêt pour l'individu comme pour son entourage.

4. En quoi notre place en CMRR est-elle pertinente?

Les psychiatres se sont intéressés, depuis de nombreuses années maintenant, aux affections dégénératives et à la détérioration des fonctions supérieures. Puis, depuis quelques années, la psychiatrie du sujet âgé s'est développée comme une discipline à part entière. Le champ de cette spécialité est vaste et complexe. Il suppose, comme le rapporte J.-M. Léger, « *l'intrication permanente des effets liés à une pathologie ou à un simple dysfonctionnement tant somatique que psychique* »³¹. Cette discipline impose au psychiatre :

- une connaissance du processus démentiel, de sa détection et de son éventuel traitement ;
- une approche globale de la clinique et du soin ;
- une perspective psychologique pour l'individu et sa famille ;
- ainsi qu'une approche sociale dans les problématiques de dépendance du sujet âgé et de l'aide aux aidants ³¹.

Le psychiatre en Centre Mémoire de Ressource et de Recherche (CMRR) va s'appuyer sur ces perspectives inhérentes à la psychiatrie du sujet âgé.

A partir du fonctionnement du CMRR nantais et avec l'aide du Dr Jaulin, nous avons identifié trois points où la place du psychiatre nous semble indispensable :

- l'aide au diagnostic et l'analyse de la plainte mnésique;
- l'approche des troubles psychiques et comportementaux ;
- l'orientation et la prise en charge des patients.

a. Place dans l'aide au diagnostic

Nous l'avons vu, des critères existent pour définir la démence, et en particulier la maladie d'Alzheimer. Les tests neuropsychologiques spécifiques, le bilan biologique et l'imagerie cérébrale sont autant de techniques qui contribuent à apporter des arguments en faveur du diagnostic. En pratique, les tableaux cliniques sont souvent complexes et riches de symptômes pouvant rendre difficile l'établissement d'un diagnostic.

- La question du diagnostic différentiel ?

Le psychiatre intervient ainsi comme un partenaire du soin, pouvant aider à diagnostiquer et à évaluer la part du psychisme dans certains troubles qui peuvent prendre l'allure d'un tableau démentiel : les états confusionnels et les états délirants, les manifestations anxieuses et dépressives, ainsi que certaines plaintes mnésiques. Mais toute manifestation psychique n'est jamais simple à identifier et à rattacher à sa cause première. L'individu est un tout, et les symptômes peuvent faire lien avec sa personnalité, son histoire de vie, sa situation socio-familiale, et ses comorbidités tant médicales que psychiatriques, qui peuvent avoir un impact sur le trouble démentiel ; d'où l'importance de pouvoir prendre en compte la globalité de la personne. Le rôle du psychiatre est d'une part dans l'aide au diagnostic différentiel mais également dans le repérage des intrications entre les symptômes présentés, ce qu'est l'individu et comment il s'inscrit dans son environnement tant familial que social.

Au-delà de la connaissance objective avec l'utilisation des tests psychométriques, des bilans biologiques ou de l'imagerie, l'approche de la « *subjectivité* » est indispensable, nous rappelle J.-M. Léger²⁹. Elle est nécessaire pour comprendre les répercussions de cette altération sur le déroulement de la vie quotidienne du sujet. Elle permet de définir l'impact de ce bouleversement dans son histoire, tant personnelle que familiale. Elle aboutit à mettre du sens sur le symptôme.

C'est par l'**entretien** et la rencontre avec le patient, étape essentielle, que nous pourrions rassembler l'ensemble de ces renseignements avec l'analyse de la parole, du langage corporel, des réactions émotionnelles des interlocuteurs. De plus, cet espace peut être aussi investi par le patient comme un lieu et un temps où il se sent autorisé à exprimer son inquiétude, sa souffrance et ses désirs.

<p>Le psychiatre est là, par son expérience clinique et sa connaissance des manifestations psychiques, pour aider au diagnostic, mettre du sens sur certains symptômes, mettre à disposition de l'équipe médicale son savoir-faire, prendre en compte le vécu de souffrance du patient et de la famille.</p>
--

- L'analyse de la plainte mnésique

La plainte mnésique est un motif fréquent de consultation en centre mémoire. Dans une étude française au sein du CMRR de Lille, les troubles mnésiques représentaient 88% de la plainte principale³⁹. Une des questions, très actuelle, est de déterminer si cette plainte est le reflet d'un processus démentiel débutant afin de repérer et de diagnostiquer au plus tôt la maladie pour mieux la prendre en charge.

Mais la plainte mnésique, nous le verrons dans notre seconde partie, est un symptôme compliqué, reflétant souvent une souffrance multifactorielle. Le rôle du psychiatre va pouvoir être d'apporter une autre lecture du symptôme en prenant compte, en outre, les aspects psychodynamiques liés au vieillissement.

Nous traiterons plus en détail ce sujet par la suite.

b. L'approche des troubles « psycho-comportementaux »

Dans la même étude lilloise³⁹, les troubles psycho-comportementaux arrivent en deuxième position et représentent 12% des motifs de consultation.

La maladie d'Alzheimer ainsi que de nombreuses autres affections, peuvent se révéler ou prendre la forme de troubles non spécifiques à manifestations psychiatriques comme la dépression, l'angoisse, le délire, les hallucinations, les troubles du comportement comme l'agressivité et la violence etc. L'abord des troubles dits « psycho-comportementaux » nous semble être un des rôles fondamentaux du psychiatre ou psychogériatre en centre mémoire.

Il est admis que les troubles psycho-comportementaux des démences sont nombreux et intègrent des éléments neurobiologiques, somatiques, psychologiques et environnementaux. Ceux-ci peuvent donc être abordés dans une recherche de complémentarité interdisciplinaire, comme nous l'indique J.-C. Blond⁴⁰ :

- en termes *descriptifs*, selon des critères objectifs ;
- en termes *subjectifs*, selon la perception du sujet et de ses proches ;
- en termes *relationnels*, selon l'impact sur la vie de relation et la valeur transactionnelle du symptôme ;

- selon une approche *écologique*, selon les réactions réciproques avec l'environnement, notamment institutionnel ;
- enfin, selon une perspective *psychodynamique*, en prenant en considération la valeur régressive et économique, au plan psychique, du comportement.

Nous avons choisi de ne pas traiter la question des troubles psycho-comportementaux des démences et leur approche psychiatrique dans ce travail, car elle constitue, à notre avis, un sujet de thèse en elle-même. Nous nous sommes centrés sur la question de la place du psychiatre en CMRR dans la plainte mnésique que peut présenter le sujet âgé.

c. L'orientation et la prise en charge des patients

Le champ de nos interventions est vaste. Des médicaments à la psychothérapie, le psychiatre du CMRR devra être en mesure, à la suite de son analyse globale, de proposer au patient, à la famille, ainsi qu'à l'équipe du CMRR des pistes pour une prise en charge adaptée. La collaboration et le lien avec les équipes de secteur ou les équipes spécialisées en psychogériatrie sont également essentiels.

<p>Le but de notre travail est de poser l'hypothèse qu'une approche psychodynamique de la plainte mnésique dans les soins en CMRR est un rôle dévolu au psychiatre comme aide à une mise en lien du corps et du psychisme aussi bien pour le patient, pour l'équipe et la famille.</p>

Nous étudierons cette question dans le cadre de notre dernière partie.

Partie 2

L'évaluation psychiatrique de la plainte mnésique

A. Une lecture de la vieillesse et du vieillissement

*« La vieillesse arrive brusquement,
Comme la neige
Un matin au réveil,
On s'aperçoit que tout est blanc. »*

Jules Renard (Extrait de son Journal)

La « mémoire qui flanche », les oublis, les « trous de mémoire » sont autant de moyens pour la personne âgée de dire qu'elle vieillit. L'ombre du vieillissement plane derrière les plaintes mnésiques.

La lecture de la plainte mnésique nécessite des notions sur la vieillesse et le vieillissement. Comme nous le verrons par la suite, la plainte mnésique n'est pas l'avatar des sujets âgés, mais sa prévalence augmente avec l'âge. Qu'est-ce que la vieillesse et de quoi parle-t-elle pour qu'elle soit le temps d'une plainte si particulière ?

1. Définitions

Vieillesse et vieillissement, deux concepts fondamentaux, font référence chacun à deux notions différentes.

a. La vieillesse

- La vieillesse comme état

Lorsque d'un point de vue biologique, sont abordés les termes de phase, d'état ou de processus, il y a sur le « *plan sémantique une distance qui sépare la phase et l'état du processus* », souligne J. Richard⁴¹. L'auteur rajoute : « *d'un côté, la phase précise une période de la vie et l'état témoigne d'une manière d'être ou d'une situation d'un moment de*

l'existence ». De l'autre, le processus désigne un ensemble de fonctions en train de se manifester. Il y a une notion de mouvement dans le processus.

En tenant compte de ce constat, la vieillesse peut être considérée comme une **étape de l'existence**.

C. Herfray⁴², dans son livre « la vieillesse en analyse », définit la vieillesse comme un moment spécifique du temps de l'existence. Elle s'appuie sur les images d'Epinal du XIX^{ème} siècle qui représentent la vie comme un cycle : la première partie du cycle est ascendante jusqu'à l'âge de 50 ans, la deuxième est descendante, jusqu'à « l'âge d'enfance ou d'imbécillité » qui se situe à 100 ans. Le cycle aboutit à un lieu nommé « Jugement universel », où les forces divines y sont représentées, mais c'est aussi l'origine du cycle. Les images d'Epinal viennent signifier, de manière métaphorique, que l'existence a un commencement et une fin. Sur le chemin de la vie, nous nous trouvons confrontés à un temps qui nous rappelle que nous ne sommes pas éternels.

L'existence suppose le dépassement dialectique de la contradiction des forces qui tirent vers la vie et de celles qui tirent vers la mort. Si le dépassement de ces contradictions est souvent problématique, il apparaît toutefois qu'elles se résolvent au profit des forces de vie. L'acmé du cycle est le moment où les tendances vont s'inverser, où il y a une bascule vers les pulsions de mort. Ce moment représente donc un **passage** et une **rupture significative**.

- Peut-on fixer un âge à la vieillesse ?

Il est difficile de fixer objectivement un âge pour ce passage. Le vieillissement des organes, le changement d'apparence physique, l'apparition de déficits fonctionnels, la modification de l'état de santé sont des critères physiologiques sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour essayer de définir un âge à la vieillesse. Mais l'évolution est différente pour chacun. Plusieurs variables sont en jeu comme par exemple les variables biologiques, existentielles, sociales et politiques. M.-J. Imbault-Huart⁴³ développe ce quadruple point de vue sur la vieillesse.

Si les médecins ont l'habitude de dire « on a l'âge de ses artères », Freud pensait plutôt on a l'âge de son désir. Effectivement le sujet est être désirant et son rapport au monde s'inscrit dans les effets du désir qui l'habite. Ce sont les personnes âgées, et elles seules, qui peuvent nous dire quels rapports elles entretiennent avec leur âge et la finalité à laquelle elles sont destinées.

L'individu devra entrer dans une autre classe d'âge et sera conduit à occuper une autre place, qu'il le veuille ou non.

- La vieillesse comme crise de l'existence

Psychologue et médecin d'origine canadienne, nous devons à Elliot Jaques (1917-2003) la théorisation de la crise du milieu de vie, qui correspond à l'arrivée sur la scène mentale de notre conscience de la mort. Sous le nom de « *crise de milieu de la vie* »⁴⁴ Elliot Jaques a décrit en 1963 une étape de réévaluation intérieure qui reproduit la position dépressive de l'enfant en référence à M. Klein. C'est en étudiant plusieurs célébrités qu'E. Jaques perçoit que le temps du milieu de la vie se situe vers l'âge de 37 ans et qu'il représente un temps significatif quant au processus de création. Il interprète ce changement ainsi : « *l'idéalisme de la jeunesse de l'âge adulte est construit sur l'utilisation inconsciente du déni et des défenses maniaques comme processus de défense contre deux caractéristiques fondamentales de la condition humaine : l'inéluctabilité de la mort et l'existence de la haine et des pulsions destructrices à l'intérieur de chaque personne.* »⁴⁴ Il ajoute que la « *réussite du travail créateur de l'âge mûr dépend de la résignation constructive face à la fois aux imperfections humaines et aux insuffisances de son propre travail.* » Dans la mesure où l'individu peut dépasser la crise du milieu de la vie en s'appuyant sur ses bons objets internes, il restera capable d'œuvrer. Cette crise implique que des deuils ont été possibles par rapport à l'enfance, à la jeunesse.

- Vieillesse et société

Les réponses aux crises qui s'imposent sont fonction de notre identité mais la réalité sociale joue également un rôle non négligeable sur les conduites. En fonction de la manière dont une société donnée parle et traite du sujet de la vieillesse, selon les modèles culturels véhiculés et les systèmes de valeurs dans une époque donnée, les réponses seront différentes⁴².

Dans notre société industrielle, nos références au rendement, au progrès, à la réussite, mettent au dernier rang tous ceux qui ne sont plus dans un circuit productif. Avec notre société où tout est facilement accessible et où, très vite, le progrès met sur le marché une innombrable quantité de nouveaux produits, ce qui est usé, n'est plus réparé, mais jeté.

Les termes de « vieux » et « vieillard » sont des termes couramment employés et très négativement connotés. Ces personnes dérangent, sont mises de côté parce qu'elles

représentent un avenir commun à tous mais dénié. Le déni de la mort est présent depuis de nombreuses années, mais a été probablement renforcé, dans notre société, par l'évolution récente de celle-ci. On repousse désormais chirurgicalement les limites, on gomme les traces visibles du temps passé. Une des hypothèses possibles est le désir de se conformer à cette société en demande de « jeunes » et de « dynamisme ».

L'impact du phénomène de cette mise à l'écart est d'une grande violence pour les sujets âgés, car la destitution qui s'effectue au niveau du rôle social signifie une destitution bien plus profonde pour le sujet.

- La vieillesse d'un point de vue relationnel

Le point de vue systémique apporte certains éléments conceptuels pour tenter de définir la vieillesse sur le plan relationnel. Il se réfère à la dimension transgénérationnelle qui permet de pointer les caractéristiques historiques du cycle de vie familial⁴⁵.

Les relations transgénérationnelles entre parents et enfants sont sous-tendues par la complémentarité et par le lien de dépendance qui les unies de fait. Lors de l'avancée en âge, on observe une inversion des relations complémentaires, le plus souvent entre parent et enfant, mais aussi en l'absence de descendance, entre aïeul et génération suivante. Ceci constitue un élément fondamental pour J.-L. Linares⁴⁵ pour définir la vieillesse.

En résumé :

- La vieillesse est un état, et représente un passage pouvant marquer une rupture significative dans le cycle de vie.
- L'âge de la vieillesse ne peut être objectivement fixé, il dépend du ressenti de chaque individu face à l'avancée en âge.
- En référence à E. Jaques⁴⁴, la vieillesse pourrait être considérée comme le temps d'une « crise du milieu de vie », étape de réévaluation intérieure et de réélaboration de la position dépressive face à l'arrivée à la conscience de notre propre mort.
- La vieillesse ne peut se définir qu'en fonction d'une société donnée. Dans notre modèle industriel, le rendement et le progrès sont à l'œuvre. La vieillesse est très négativement connotée et le déni collectif de la mort participe à une mise à l'écart de cette étape de la vie.
- Dans une conception systémique, la vieillesse pourrait se définir par une inversion des relations complémentaires et des liens de dépendance intrafamiliaux. Autrement dit, ce serait le temps où le parent devient l'enfant de son enfant.

b. Le vieillissement

- Le vieillissement comme processus

Le dictionnaire Larousse⁴⁶ définit le vieillissement comme « *le fait de devenir vieux, l'ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort* ».

Effectivement, le vieillissement est un processus, qui commence dès la naissance et s'achève avec la fin de la vie. Il peut être représenté par le type de fonctionnement de l'organisme qui apparaît à chaque étape de l'avance en âge, quel qu'en soit la nature ou les modalités : morphologique, physiologique, psychologique ou autres.

- De quoi parle le vieillissement psychique ?

- D'une prise de conscience de la mort

Nous pourrions assigner un début au vieillissement psychique, comme le dit G. Le Gouès³⁶, lorsque le fantasme d'éternité rencontre une limite ignorée jusque là par la libido. Le « **fantasme d'éternité** » consiste à penser que la mort ne nous concerne pas vraiment. Ce fantasme est alimenté par la conviction narcissique du Moi en son immortalité. Il va être mis à mal lors d'un fléchissement plus souvent génitalisé de la personne.

Cette expérience de terminaison va affecter l'appareil psychique de plusieurs façons. Depuis notre jeunesse, nous cultivons l'illusion de l'éternité et ce que nous désirons trouve toujours un lendemain pour se faire. Avec le déclin lié à l'âge on se confronte à une autre épreuve de réalité, et « *la toute puissance infantile perd les moyens de son ambition* »³⁶. Pour le sujet vieillissant, l'arrivée de la notion de finitude à la conscience associée au vécu de baisse des performances induisent un sentiment d'engagement sur une pente descendante.

Effectivement, Le Gouès utilise la métaphore de l'aviation et compare ainsi le vieillissement à la pente de descente d'un plan de vol. Celui-ci peut être vécu passivement comme un passager dans un avion de ligne, ou être vécu activement tel un pilote aux commandes. Cette comparaison reflète assez bien le processus du vieillissement qui implique, comme nous l'avons vu précédemment, une inflexion de différentes fonctions et capacités, jusqu'à la mort. Le Gouès rajoute « *qu'on le veuille ou non, vieillir c'est descendre* »³⁶, mais au cours de cette descente le sujet va pouvoir gagner de la vie mentale, en perdre, et compenser ses pertes par d'autres gains en déplaçant l'énergie libidinale vers d'autres objets.

C'est pourquoi, il convient de faire un point sur le procédé de sublimation au cours du vieillissement.

- De la sublimation

La sublimation est définie par Laplanche et Pontalis¹¹ comme un processus qui rendrait compte « *d'activités humaines apparemment sans rapport avec la sexualité, mais qui trouveraient leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle* ». Freud a décrit comme activités de sublimation principalement l'activité artistique et l'investigation intellectuelle. La pulsion est dite sublimée dans la mesure où elle est dérivée vers un nouveau but non sexuel et où elle vise des objets socialement valorisés.

Le Gouès³⁶ évoque deux formes de sublimation différentes à distinguer l'une de l'autre en raison de leur impact libidinal différent : la « *sublimation de production* » et la « *sublimation de consommation* ».

La ***sublimation de production*** désigne toute forme d'issue pulsionnelle que le sujet exploite par ses propres moyens à savoir toute création qui entraîne un certain contentement pour son créateur.

Pour sa part, la ***sublimation de consommation*** représente toutes sources de divertissements procurant du plaisir, en le consommant comme par exemple la gastronomie, la culture, la musique... Le Gouès pense qu'il existe une distinction économique entre ces deux types de sublimation, la sublimation de production étant la plus enrichissante aussi bien en terme de jouissance que de réalimentation du narcissisme sain. Ce serait le processus qui assurerait la plus grande quantité d'énergie libidinale sur le Moi. Au cours du vieillissement, la sublimation permet de lutter contre la menace de castration réactivée par la perte de puissance que sous-tend l'avancée vers la mort.

De part la place de la sublimation dans l'économie psychique, Le Gouès caractérise des catégories cliniques du vieillissement bien particulières.

➤ De différentes catégories cliniques

Le stade I du vieillissement

Il est défini comme l'état dans lequel le sujet vieillissant dispose de la plus forte issue sublimatoire pour lutter contre l'usure du temps, des meilleures capacités créatrices et de jouissances pour contrebalancer l'approche d'une fin irrémédiable. C'est en général l'activité professionnelle qui constitue l'investissement principal et qui canalise la sublimation majeure du sujet. Dans l'économie psychique, cette sublimation correspond au plus grand développement d'une sublimation de production.

La richesse du patrimoine intellectuel permet de compenser les baisses de performances cognitives pendant un temps. Le déficit est combattu ou contrebalancé par des aménagements adaptés.

Le stade II

Ce stade correspond à l'abandon de la sublimation majeure, et fait appel à des sublimations de remplacement. Celles-ci conduisent le sujet à choisir de nouveaux plaisirs plus adaptés à son âge et à ses capacités physiques et intellectuelles. Le stade II peut donc se définir comme une organisation alimentée par des sublimations de remplacement, de moindre intensité, mais bien accordée aux possibilités du sujet. Ces sublimations associent à la fois des sublimations de production et de consommation.

Le stade III

A ce stade, les sublimations de production ont laissé la place aux sublimations de consommation.

En résumé :

- Le vieillissement est un **processus** qui commence dès la naissance et s'achève avec la vie. Il introduit la notion de mouvement.
- Un début au vieillissement psychique pourrait être assigné, en référence à Le Gouès³⁶, à une prise de conscience de notre propre mort, lorsque notre fantasme d'éternité se confronte à l'épreuve de réalité en lien avec le déclin irrémédiable lié à l'âge.
- Au cours du vieillissement, la **sublimation** permet de lutter contre la menace de castration réactivée par la perte de puissance que sous-tend l'avancée vers la mort. Le Gouès³⁶ définit ainsi deux types de sublimation : la *sublimation de production* comme toute forme d'issue pulsionnelle que le sujet exploite par ses propres moyens, et la *sublimation de consommation* comme toutes sources de divertissements procurant du plaisir, en le consommant.
- La place de la sublimation dans l'économie psychique a permis à Le Gouès³⁶ de caractériser trois catégories cliniques du vieillissement :
 - le **stade I** correspondant à l'état où le sujet dispose de la plus forte issue sublimatoire pour lutter contre l'usure du temps ;
 - Le **stade II** comme temps où les sublimations de remplacement se mettent en place en concordance avec les capacités physiques et intellectuelles du sujet ;
 - Le **stade III** où les sublimations de consommations ont remplacé les sublimations de production.

Le vieillissement entraîne plusieurs remaniements et changements tant biologiques que psychiques. Nous allons aborder maintenant ce qui est en jeu d'un point de vue psychodynamique dans le processus de vieillir.

2. Une approche psychodynamique du vieillissement

a. L'involution somatique et la maladie physique

Le corps dans son aspect extérieur se modifie avec le vieillissement : poids, taille, peau qui se ride, cheveux qui blanchissent puis qui tombent...

L'image de soi et son investissement vont être directement touchés par cette transformation.

De même, les organes connaissent des modifications à la fois qualitative et quantitative. On peut citer en exemple la sclérose vasculaire, les maladies métaboliques et hormonales, les troubles ostéo-articulaires... Ces troubles entraînant une certaine vulnérabilité physique pourront favoriser l'apparition de pathologies organiques, elles-mêmes, potentiellement génératrices de réactions dépressives.

L'âge n'épargne pas les fonctions sensorielles avec la diminution de l'acuité visuelle et auditive, de l'olfaction et parfois la gustation. Parallèlement aux difficultés d'adaptation et d'angoisse que cette involution peut entraîner, un désinvestissement de la vie relationnelle et un repli peuvent en résulter, pouvant mobiliser des sentiments d'exclusion et de préjudice.

Il est important de pouvoir rappeler la théorie du « stade du miroir » de J. Lacan⁴⁷ pour pouvoir interpréter ce qui se défait de l'image de soi dans la vieillesse. Il s'agit pour Lacan d'un moment crucial de la structuration du sujet où il rencontre l'image de son corps sous la forme d'un Moi distinct des autres, mais constitué sur le même modèle. Ce moment est aussi le temps où la cohésion du Moi s'affirme.

Freud⁴⁸, de son côté, postulait déjà en 1914 pour une libido narcissique. « *La libido commencerait par s'investir sur le Moi (narcissisme primaire) avant d'être envoyée, à partir du Moi, sur des objets extérieurs* » (Laplanche et Pontalis)¹¹.

En 1920, ses réflexions évoluèrent vers une fonction contenant de l'appareil psychique avec un système de pare-excitation qui filtrerait de manière passive les excitations extérieures⁴⁹. D. Anzieu⁵⁰ développera ensuite le concept d'un Moi-peau comme représentation métaphorique d'un contenant des contenus psychiques à partir de l'expérience de la surface du corps.

L'image du sujet dans le miroir constitue pour lui une forme où il se reconnaît et à travers laquelle il prend conscience qu'il s'agit de lui. Ensuite la parole de l'Autre le désigne et le nomme. Cette image lui renvoie, tout au long de sa vie, les transformations qui concernent son identité telle qu'elle apparaît au regard de l'autre.

Lorsque les effets de la réalité de la vieillesse surgissent, les failles et les brèches font jour et mettent grandement le sujet en souffrance. Le réel du corps et du temps sont plus forts que l'image. Le narcissisme est durement mis à l'épreuve.

On peut en conséquence s'interroger sur la manière d'assumer l'image d'un être devenu « vieux », de s'identifier à une image connotée négativement dans le contexte social actuel, et comment sauvegarder suffisamment d'amour envers soi pour éviter l'effondrement du Moi.

Mais qu'en est-il alors de la vie pulsionnelle ?

b. La vie pulsionnelle et l'angoisse de castration

P. Charazac⁵¹ désigne les pulsions comme des « *sources d'excitation interne qui ne s'épuisent qu'avec la mort mais dont l'expression se transforme durant l'existence* ». Au niveau du Moi, les pulsions rencontrent en effet des mécanismes de défense qui ne cessent de s'enrichir et de se complexifier avec l'existence. Nous pouvons nous interroger sur le devenir des pulsions avec le vieillissement aussi bien sur le plan économique que de l'équilibre entre pulsions de vie et de mort. Freud a distingué une libido d'objet, investissant un objet extérieur, et une libido narcissique, prenant pour objet le moi lui-même. Elles se différencient au fil d'un développement allant du narcissisme primaire préobjectal à la construction de l'objet partiel puis total. A chacun des stades (oral, anal, phallique et génital) correspond un état particulier de l'investissement du Moi et de l'objet.

« *Quand survient une séparation ou un deuil, la libido d'objet se détache du monde extérieur pour se replier sur le moi. Ce repli n'est pas irréversible, dans la mesure où le monde extérieur propose d'autres objets à réinvestir* »⁵¹(Charazac P.).

Les relations objectales peuvent aussi se modifier dans le sens d'une régression libidinale : un certain nombre de personnes âgées en abandonnant la recherche de satisfactions libidinales se reportent sur le plaisir oral ou anal.

L'inconscient humain est habité de culpabilité depuis que l'interdit de l'inceste a signifié au sujet qu'il est soumis à l'autorité d'une loi : celle qui soustrait à son désir la jouissance du parent de sexe opposé. Les fantasmes inconscients qui s'articulent au désir frappé d'interdit se lient ainsi à la culpabilité inconsciente qui est un héritage oedipien. Le « *complexe de castration* », nommé par S. Freud⁵², fait référence à toute situation où la butée de l'impossible et de l'impuissance se manifeste et où une loi symbolique vient signifier un interdit.

Dans le cadre de la vieillesse, le sujet humain réactive la problématique de la castration du fait de la perte de sa puissance.

La dimension génitale de la puissance est tout particulièrement menacée de part les défaillances sexuelles qui sont possibles chez l'homme, et de part le fait de ne plus pouvoir avoir d'enfant chez la femme. Mais d'autres lieux et fonction du corps sont investis d'énergie pulsionnelle comme par exemple la bouche, les sphincters, la vue, l'ouïe, le goût : chaque partie ou fonction corporelle qui peut amener du plaisir.

« *Chaque organe dont l'usure se révèle est ainsi l'objet de menaces imaginaires où se réactualise l'angoisse de castration.* » (Herfray C.)⁴²

Faire le deuil des objets du Moi peut permettre de retrouver d'autres modes de gratification à travers d'autres objets. C'est à travers le travail de deuil et la sublimation que le sujet âgé peut recouvrer des capacités à se réjouir et à maintenir une aptitude au plaisir sous d'autres formes que la position narcissique.

c. Les pertes, le travail de deuil et la représentation de la mort

Un deuil renvoie toujours à des deuils vécus ou à des séparations passées restés plus ou moins élaborés. Le deuil est vécu de manière plus ou moins traumatique en fonction de l'état de désorganisation du moi, c'est-à-dire en fonction de la qualité de ses objets internes et de son narcissisme.

C'est Mélanie Klein⁵³, qui la première, a défini une position dite « dépressive » pour parler d'un affect surgissant dans la deuxième moitié de la première année de la vie, au moment où l'enfant commence à craindre que la composante destructrice de son amour pour sa mère ne l'ait endommagée. Elle s'accompagne de la découverte de sa mère comme « objet total » intégrant amour et haine.

L'accès à la position dépressive, lors de l'enfance, est indispensable pour que, plus tard, lorsque le Moi est touché par l'âge, il puisse faire le deuil de son immortalité tout en conservant l'amour de soi, soi marqué désormais par la finitude (Charazac P.⁵¹). Cette position génère une angoisse, dite « dépressive », parce qu'elle comporte une double inquiétude pour le devenir de l'objet et du Moi. L'objet n'est plus un objet partiel alternativement bon et mauvais, mais un objet total simultanément aimé et haï par le Moi craignant de le détériorer ou de le perdre.

La conception d'E. Jaques⁴⁴ de la crise du milieu de vie fait référence, nous l'avons vu, au moment où l'individu prend conscience des limites temporelles et symboliques de son existence. Selon lui, l'individu éprouve, à ce moment là, une angoisse analogue à celle de l'enfant face à l'image d'une mère menaçante ou destructrice. Selon qu'il a déjà fait l'expérience ou non de cet affect dépressif, le sujet âgé le construit ou le revit sous forme d'une nouvelle période d'inquiétude.

Les défenses contre l'expérience de la perte peuvent prendre une forme pathologique. Elles se situent alors plutôt du côté de l'axe maniaco-dépressif.

d. Le devenir du Moi, et des autres instances

« *La vieillesse est un état de repos quant aux sens.*

Lorsque la violence des passions s'est relâchée,

On se voit délivré d'une foule de tyrans forcenés ».

Platon (extrait de : La République)

En 1923, après avoir restructuré sa théorie des pulsions, Freud⁵⁴ construit un nouvel appareil psychique caractérisé par trois instances : le Moi, le Ça et le Surmoi. G. Le Gouès³⁶ reprend dans *l'âge et le principe de plaisir*, ce en quoi l'appareil psychique se modifie au cours du processus de vieillissement.

Le **Moi** est une sorte d'interface entre les excitations en relation avec les expériences du monde intérieur (affects, représentations, etc.) et celles provenant du monde extérieur (sensations, perceptions). C'est à la fois l'instance de l'épreuve de réalité et le lieu des conflits qui le distingue du Ça et du Surmoi. Le Moi doit donc élaborer des défenses contre l'angoisse née de l'activation pulsionnelle et des diverses sortes de désapprobation venue du Surmoi, de l'objet, de la réalité.

La crise du vieillissement entraîne le remaniement des relations du Moi avec les instances héritées des identifications passées : Moi idéal, Idéal du moi, Surmoi.

Le Moi subit deux déformations majeures en vieillissant : l'affaiblissement et la rigidification (Cath S.⁵⁵).

L'**affaiblissement** est la traduction psychique de la diminution des forces de vie. Mais ce Moi affaibli va être confronté aux exigences du Ça, même si l'intensité du désir s'est émoussé avec le temps. Il sera d'autant plus affaibli s'il se replie, au niveau narcissique, acculé par le retrait des investissements objectaux et sublimatoires. Le Moi peut alors réagir de différentes façons :

- soit il « *souffre* » et se « *déprime* », et parvient à faire un travail de deuil et à relancer ses sublimations ;
- soit il « *refuse la baisse de ses capacités* », et par le biais des défenses de type *dénégation*, il se lance dans la *suractivité* ;
- soit il s'oppose à cette diminution, et « *régresse de manière partielle ou totale* » ;
- soit il peut encore « *rigidifier son fonctionnement* », en utilisant fréquemment des « *défenses projectives* ». ³⁶

La **rigidification** s'exprime par une tendance à s'opposer à tout changement considéré comme nocif. Tout ce qui est nouveau ravive l'angoisse de mort, et le Moi vieillissant va lutter contre cet aspect du nouveau. Le sujet va se replier sur des zones d'activités qu'il a précédemment maîtrisées en utilisant des rituels, des vérifications. Il peut se développer une méfiance voire un rejet des « jeunes » représentant la nouveauté si angoissante et si menaçante.

Le **Ça** est l'organisation inconsciente de l'appareil psychique et présentée par Freud⁵⁴ comme indifférente au temps. Le Ça inclut les pulsions des deux grands groupes (Eros : pulsion de vie et Thanatos : pulsion de mort) dans l'appareil psychique. Il est donc constitué de tensions contradictoires, aspirant à la décharge.

La nature des passions n'a pas d'âge, mais toutefois l'expérience de la réalité en a une. « *Quand la pulsion bute contre une impossibilité de réalisation, l'angoisse de castration est aussitôt réactivée* » (Le Gouès ³⁶). Cette réactivation de la castration est cependant modulée par une force pulsionnelle de moins forte intensité.

« *Si le but de la pulsion reste inchangé, la force de la poussée pulsionnelle diminue avec le vieillissement, ainsi que les moyens disponibles pour atteindre la satisfaction.* » (Le Gouès³⁶)
 Le Ça se pose, de plus, comme intemporel, c'est-à-dire comme éternel, il ignore la notion de mort.

La conception du **Surmoi** naît de l'élaboration de la deuxième topique et de l'analyse du Moi à travers les phénomènes d'identification de Freud. Le Surmoi est constitué par la somme des identifications parentales et de leurs substituts. Il convient néanmoins de préciser que le Surmoi présente une double nature, comme le pointe A. Green⁵⁶. D'une part, il prend ses

racines dans le Ça, c'est-à-dire que son origine primitive est reliée aux pulsions. Sa sévérité dépendra de la prévalence des pulsions de vie ou de mort. D'autre part, sa constitution dépend de la division du Moi en une partie observante, jugeante, et une partie sous examen de la précédente.

Avec l'âge, le Surmoi s'assouplit. En effet, en raison de la diminution de l'intensité des pulsions, celui-ci est moins sollicité, et si les conflits se font moins vifs et moins nombreux c'est parce que les revendications venant du Ça se font discrètes.

L'**Idéal du Moi** a été distingué par Freud progressivement ; au départ il parlait indifféremment du Surmoi et de l'idéal du Moi. Il situa l'Idéal du Moi sur la lignée narcissique, et le Surmoi dans la lignée objectale. L'Idéal du Moi représente une perfection vers où le sujet tend à se diriger. Il fixe des buts, construit une image du corps idéal auquel le sujet cherche à se conformer.

Si bien qu'en vieillissant, cette recherche d'idéal tend à devenir de plus en plus compliquée obligeant le sujet à réduire ses attentes. Ceci peut être source de souffrance notamment si l'Idéal du Moi est hypertrophié.³⁶

e. Le retour des conflits oedipiens

La vieillesse est un temps propice au retour du refoulé et à la réactualisation des conflits oedipiens. Ceux-ci mettent en lumière les attachements névrotiques aux parents et à ceux qui les représentent, comme par exemple les enfants des sujets âgés qui sont souvent à cette place. Pour Grotjahn M.⁵⁷, le vieillissement répète la menace de castration et donne au parent âgé la possibilité d'une élaboration secondaire de cette angoisse spécifique. Il parle d'« *Oedipe inversé* » pour définir les sentiments de crainte du père vieillissant envers son fils, en référence au complexe d'Edipe, où à l'inverse l'enfant perçoit une hostilité face au parent du même sexe.

Pour E. Jones⁵⁸, les enfants s'imaginent, au fur et à mesure qu'ils grandissent, que leur position s'inverse vis-à-vis de leurs parents, si bien qu'ils finissent par croire qu'ils sont le

vrai parent de leur père ou de leur mère, c'est-à-dire leur grand-père. Il s'appuie pour cela sur la littérature et les croyances populaires qui laissent à penser que vers la fin de leur vie les vieilles personnes deviennent petites. Jones fait remonter ces croyances à la conviction narcissique de l'immortalité du Moi, étendue aux personnes aimées. Au cours du « *fantasme de renversement des générations* » (Jones E.⁵⁸), l'enfant laisse poindre son ambivalence. Il peut éprouver à la fois un désir tendre de soigner son parent âgé, et à la fois un désir d'assouvir quelques vengeances refoulées.

Avec ce fantasme, renaît le désir infantile d'avoir un enfant du père ou de la mère et ceci nous montre comment le « *vieillissement peut être inconsciemment vécu comme l'accomplissement ou l'échec du projet oedipien* » (Charazac P.⁵¹). Pour le fils, le fantasme de devenir le père de son père contient le désir de prendre sa place auprès de la mère. Dans l'imaginaire oedipien du père âgé, la puissance de son fils réactive la menace de castration anciennement éveillée par ce désir. Mais dans le même temps, le père attend du fils la tendresse qu'il a reçue, par le passé, de son propre père.⁵¹

S'il y a réactivation d'une problématique oedipienne au cours du vieillissement, l'issue n'en est pas la même que par le passé.

La personne âgée ne peut plus se dédommager par la même attente que l'enfant. Grotjahn⁵⁷ pense qu'une des résolutions pourrait se trouver dans le fait que le parent âgé puisse comprendre que sa vie peut se continuer en et par son enfant.

Pour conclure :

Le vieillissement va être le temps de diverses modifications dans la vie psychique du sujet :

- Les modifications corporelles et physiques vont malmener l'image de soi et le narcissisme du sujet ;
- La perte de puissance qui en découle souvent fait réapparaître la problématique de l'angoisse de castration ;
- Le vieillissement entretient des liens étroits avec les pertes et le travail de deuil. Au moment de la crise du milieu de vie, c'est la réélaboration de la position dépressive qui va être indispensable pour que le Moi puisse faire le deuil de son immortalité.
- Au cours du vieillissement, les différentes instances de l'appareil psychique vont être remaniées :
 - le Moi va se voir soit s'affaiblir soit se rigidifier ;
 - les forces pulsionnelles du Ca vont s'amoinrir ;
 - le Surmoi sera moins sollicité par le Ca.
- La vieillesse est enfin un temps propice au retour du refoulé et à la réactualisation des conflits oedipiens.

B. La plainte mnésique

« *J'ai la mémoire qui flanche,
J'me souviens plus très bien[...]* »

G. Bassiak (Extrait de : *J'ai la mémoire qui flanche*, chantée par J. Moreau)

1. Définition et réflexions à travers le temps

a. Autour du terme de plainte

Le mot « plainte » est un mot courant dans la langue française, mais depuis quelques années, il prend une place bien particulière en médecine et notamment dans le domaine de la psychiatrie du sujet âgé.

Dans le dictionnaire Robert⁵⁹, la plainte désigne « *l'expression de la douleur d'un être humain et celle de son mécontentement dans un contexte juridique puis général* ».

Dans le dictionnaire Larousse⁴⁶, la plainte peut être « *une parole, un cri ou un gémissement qui exprime la douleur, la peine* », l'« *expression d'un mécontentement* », ou encore une « *dénonciation d'une infraction par la personne qui en a été la victime* ».

Il n'est pas fait mention dans ces ouvrages de l'usage du mot en médecine, ni de sa signification dans le cadre de la sémiologie.

Le mot « plainte » a été récemment introduit dans le vocabulaire médical avec pour signification un « *dysfonctionnement interne se traduisant par une souffrance ou, un certain désagrément* » (Léger J.-M.⁶⁰). Il est signalé par l'individu ou son entourage et a une valeur subjective.

Le plus couramment employé est l'expression « plainte mnésique », qui nous intéresse ici, et qui représente, dans le contexte des troubles de la mémoire, « *un symptôme subjectif correspondant à la perception par le sujet d'un dysfonctionnement personnel et d'un mal-être* » (Léger J.-M.⁶⁰). De ce fait, la plainte mnésique peut être en rapport avec une altération de la mémoire, une atteinte cérébrale débutante ou être un phénomène en lien avec le vieillissement.

Il nous a semblé important de rappeler l'évolution du concept au cours du temps et de ce qui est ou non un trouble de mémoire en lien avec un dysfonctionnement cognitif objectivable.

b. Evolution des concepts de trouble bénin liés à l'âge au cours du temps

Du fait de l'élévation de l'espérance de vie, du vieillissement de la population, et des conséquences médico-socio-économiques que la maladie d'Alzheimer engendre, l'intérêt pour celle-ci n'a fait que croître depuis une vingtaine d'années. Ceci a entraîné un effort de diagnostic précoce de la maladie, avant l'installation des signes de démence.

Autour des années 60, V. Kral⁶¹ a décrit des phénomènes d'oubli bénin et d'oubli malin, ce qui a permis de mettre l'accent sur la plainte mnésique, notion bien distincte du syndrome démentiel. Il a bien établi que la plainte bénigne était sémiologiquement différente de celle qui accompagnait généralement une démence. Kral et bien d'autres auteurs par la suite ont évoqué leurs points de vue sur la plainte mnésique du sujet âgé en restant dans un cadre neurobiologique.

- Rappel au sujet du vieillissement cérébral normal

Derouesné C.⁶² rappelle qu'il « *correspond à l'activité et aux performances de la majorité des sujets correspondant à une tranche d'âge et à un même niveau culturel* ». Les résultats des tests psychométriques montrent qu'il existe un déclin des performances cognitives lié au vieillissement. Le déclin mnésique porterait essentiellement sur :

- la mémoire épisodique ;
- la mémoire explicite ;
- la mémoire implicite.

Les mémoires de travail et sémantique seraient relativement préservées⁶².

- *L'oubli bénin lié à l'âge*

Kral⁶¹ définit **l'oubli bénin** comme une « *incapacité à se rappeler certaines expériences du passé récent, comme des noms, des lieux, des dates* ». Néanmoins, l'expérience à partir de

laquelle les données forment un événement peut être rappelée. L'oubli bénin étant attribué ici au vieillissement normal. A l'opposé **l'oubli malin** comporte non seulement une incapacité à se souvenir du passé récent mais aussi un syndrome amnésique avec désorientation et confabulation⁶³.

- *Le trouble de la mémoire associé à l'âge*

En 1986, Crook et al. vont relancer le débat en proposant des critères diagnostiques pour le **déclin cognitif lié à l'âge chez un individu en bonne santé**. Leurs travaux seront repris par le « National Institute of Mental Health » qui développe ainsi la notion de **trouble de la mémoire associé à l'âge** (Age Associated Memory Impairment, AAMI)⁶⁴. Les critères sont ceux-ci :

- *« Des sujets des deux sexes âgés d'au moins 50 ans.*
- *Une plainte de mémoire subjective au quotidien d'installation progressive et sans aggravation soudaine dans les derniers mois.*
- *Une diminution d'au moins un écart-type par rapport à une moyenne établie sur des adultes jeunes à partir d'un test de mémoire secondaire standardisé.*
- *Une préservation des fonctions intellectuelles.*
- *Les critères d'exclusion sont : le délirium, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie d'Alzheimer, les maladies inflammatoires du système nerveux central, la dépression, l'alcoolisme ou la prise de médicaments diminuant les performances mnésiques. »*

Mais cette définition a ses limites. En effet, l'AAMI ne permet pas de différencier le déclin purement lié à l'âge du début d'une affection dégénérative. De plus, des auteurs ont démontré que 90% des sujets âgés normaux remplissaient ces critères⁶⁵. Il y avait un effet de « surinclusion » par le biais de la norme de comparaison avec les adultes jeunes. L'AAMI a été abandonné pour faire place à de nouvelles classifications.

- *Le déclin cognitif associé au vieillissement*

L'Association Internationale de Psychogériatrie propose en 1994 la notion de **déclin cognitif associé au vieillissement** ou Age Associated Cognitive Decline (AACD). Cette notion fait référence à des troubles cognitifs multiples qui sont insuffisants pour les inclure dans une démence⁶⁶. Ce déclin doit être inférieur à un écart-type en dessous de la moyenne pour l'âge

et le niveau éducatif dans une des fonctions cognitives suivantes : attention et concentration, mémoire et apprentissage, raisonnement, langage, fonctions visuo-spatiales⁵.

- *Le déclin cognitif associé à l'âge*

Le **déclin cognitif associé à l'âge** ou Age Related Cognitive Decline (ARCD) est presque identique au précédent. Il est décrit dans le DSM IV, en 1994, et fait référence à un « *déclin objectif de fonctions cognitives lié au processus de vieillissement et qui est, compte tenu de l'âge de la personne, dans les limites de la normale* »⁶⁷.

- c. Le « flirt » entre plainte mnésique et état (pré)-déméntiel : l'apparition du concept de Mild Cognitive Impairment (MCI).

Les concepts que nous allons évoquer maintenant supposent que les déficits cognitifs légers peuvent être dus à des pathologies sous-jacentes.

- *Le trouble cognitif léger*

L'appellation **trouble cognitif léger** ou encore appelé Mild Cognitive Disorder fait son apparition en 1993 dans la 10^{ème} édition de la Classification Internationale des Maladies. C'est le premier concept à considérer que la plainte mnésique peut être reliée à un état pathologique. Il est défini comme un « *trouble de la mémoire, de l'apprentissage et de la concentration associé à une fatigue mentale* »⁵. Cette définition inclut des étiologies médicales et psychiatriques comme notamment l'anxiété ou la dépression. Le trouble est détecté par les tests neuropsychologiques et est supposé être la cause du dysfonctionnement cognitif à l'exclusion de la démence, de l'ictus amnésique, d'un accident vasculaire cérébral ou d'un syndrome post-encéphalitique.

- *Les troubles neurocognitifs légers*

Ces troubles regroupent des troubles de la mémoire d'apprentissage mais incluent aussi les dysfonctionnements linguistiques, perceptifs, moteurs et d'exécution centrale. Le concept de troubles neurocognitifs légers ou Mild Neurocognitive Disorder (MNCD) a été proposé par le DSM IV⁶⁸.

- *La détérioration cognitive sans démence*

En 1995, des auteurs⁶⁹ ont proposé le terme de « Cognitively Impaired, Not Demented » (CIND), ou détérioration cognitive sans démence à la suite d'une étude sur la santé et le vieillissement au Canada.

- *Le déficit cognitif léger*

A partir de 1990, avec Jonker et Hoyer puis Flicker et al.⁷⁰, le terme de **déficit cognitif léger** ou **Mild Cognitive Impairment (MCI)** fait son apparition. Le concept de Mild Cognitive Impairment renvoie aux patients qui ont un déficit mnésique mais qui n'ont pas d'autres troubles cognitifs pour pouvoir rentrer dans le cadre nosologique d'une démence selon les critères du DSM-IV.

Plus tard en 1995 puis en 2001, R.C Peterson⁶⁵ précisera les critères du MCI qui sont :

- *« une plainte mnésique du sujet confirmée de préférence par un proche lors de l'interrogatoire ;*
- *un déficit mnésique objectivé par des tests psychométriques dont les résultats sont en dessous de 1,5 déviations standards par rapport à une population témoin appariée selon l'âge et le niveau éducatif ;*
- *l'absence de dysfonctionnement cognitif autre que la perte de mémoire ;*
- *la conservation de l'autonomie dans la vie quotidienne ;*
- *l'absence de critère de démence. »*

La dépression et les causes iatrogéniques sont exclues de la définition.

En 2001, De Koski reprend ces critères pour les affiner sur le plan sémiologique. Il propose donc trois sous-groupe de MCI⁷¹ :

- le sous-groupe **MCI amnésique** ou « amnestic-MCI » qui correspond aux cinq critères précédents. Ce MCI peut être défini comme une forme amnésique pure sans atteinte des autres fonctions cognitives. Les patients présentant ce syndrome sont authentifiés comme ayant une atrophie hippocampique ou une maladie d'Alzheimer au stade prédéméntiel.
- **Le MCI avec déficit cognitif multiple** ou MDI « Multi Domains Slightly Impaired » qui correspond à une atteinte diffuse et modérée de toutes les fonctions cognitives (mémoire épisodique, mémoire de travail, fonctions exécutives, attention, dénomination d'images). L'évolution pourrait se faire vers une démence vasculaire, une maladie d'Alzheimer, voire pourrait représenter une manifestation extrême du vieillissement.
- **Le MCI non amnésique** ou SDI « Single Domain Impairment » qui est défini par un déficit modéré d'un seul domaine cognitif autre que la mémoire (par exemple le langage, les fonctions visuo-spatiales...). Ce dernier sous-groupe évoluerait plus sur un mode de démence fronto-temporale, démence à corps de Lewy, démence vasculaire, aphasia primaire progressive, voire en maladie de Parkinson ou en maladie d'Alzheimer.

D'autres auteurs, comme Dubois et Albert⁷², préfèrent parler de **maladie d'Alzheimer au stade pré-déméntiel** ou « prodromal Alzheimer disease ». Pour eux, le concept de MCI est un groupe hétérogène qui englobe des affections d'étiologies différentes et donc il ne permet pas d'envisager une approche thérapeutique spécifique. Ils définissent les critères de la maladie d'Alzheimer pré-déméntiel comme suit :

- « une plainte mnésique du sujet ou de l'entourage ;
- des troubles d'installation progressive ;
- les activités de la vie quotidienne normales ou légèrement perturbées pour les activités complexes ;
- un syndrome amnésique de type hippocampique qui se caractérise par un rappel libre effondré, une aide partielle lors de l'indiçage au rappel et des intrusions (évoqueries d'items n'appartenant pas à la liste d'origine) ;
- la persistance des modifications mnésiques lors de tests successifs ;
- une absence de démence ;
- l'exclusion d'autres maladies causant un MCI d'un autre type grâce à la neuro-imagerie et aux biomarqueurs. »

Les frontières sont étroites entre les troubles de la mémoire des sujets âgés « normaux » et le début d'une pathologie dégénérative.

Comme le suggère C. Derouesné⁶², ces discussions nosologiques soulèvent plusieurs questions :

- Existe-il « un continuum entre les processus de vieillissement physiologique et les affections dégénératives » ?
- Existe-il des éléments, chez les sujets présentant des troubles de la mémoire, en faveur d'un futur syndrome démentiel ?
- Chez les autres sujets, que représente et que signifie alors la plainte mnésique ?

C'est à cette dernière question que nous allons essayer de donner des pistes de réponse.

2. Quelques données épidémiologiques

a. Données démographiques

Il peut être étonnant que la plainte mnésique soit **fréquente à tout âge**.

Une étude aux Pays-Bas (Ponds⁷³) a montré que 40% des sujets âgés de 24 à 86 ans présentaient une plainte mnésique.

Dans une étude portant sur 260 sujets (Derouesné et al.⁷⁴), qui ne présentaient pas de trouble cognitif caractérisé et qui s'étaient présentés à une consultation mémoire « ouverte » sur une période d'un an, 30% avaient moins de 50 ans.

Cependant, toutes les études s'accordent sur une **élévation de la plainte mnésique avec l'âge**.

Dans l'étude de Ponds⁷³, la fréquence de la plainte passait de 29% chez les sujets de 31 ans (+/- 4 ans) à 52% chez les sujets de 77ans (+/- 5,2 ans). Cette étude a montré que la perception d'un déclin du fonctionnement mnésique débutait à 50 ans et que sa fréquence augmentait régulièrement avec l'âge.

L'étude française de Derouesné et al.⁷⁵, portant sur 1628 sujets non déments examinés chez les médecins généralistes, notait une augmentation régulière du score d'une échelle de difficultés cognitives en fonction de l'âge.

Les données des questionnaires, utilisés pour cette étude, ont montré qu'il n'existait pas de spécificité sémiologique de la plainte des sujets âgés par rapport à celles des sujets jeunes.^{68, 69}

On peut également noter que, dans la plupart des études^{74, 76, 77}, la fréquence de la plainte est **plus élevée chez les sujets de faible niveau d'éducation et chez les femmes**.

En revanche, il est important de souligner que la plainte n'a **pas le même impact** émotionnel chez les **sujets jeunes et les sujets sénescents** (Ponds⁷³). Les jeunes considèrent leurs difficultés comme passagères et réversibles et les mettent sur le compte du stress et de la tension psychologique liés à des facteurs extérieurs et transitoires. Pour les sujets âgés, se pose la question de l'origine organique des troubles de la mémoire, avec la maladie d'Alzheimer comme fantasme inconscient. Ils peuvent également mettre ces troubles sur le compte de l'âge, avec l'idée d'une certaine irréversibilité et d'aucune possibilité action sur ceux-ci.

b. Plainte et santé générale

L'étude de Cutler et Grams⁷⁸ a montré une plus grande fréquence de la plainte chez les sujets ayant une appréciation négative de leur état de santé général.

Derouesné et al.⁷⁴ ont mis en évidence une plus grande sévérité de la plainte chez les sujets atteints de diabète et d'hypertension artérielle.

Ponds a trouvé un lien entre la plainte et l'appréciation subjective de la santé générale.

c. Plainte mnésique et performance cognitive

Dans la plupart des études^{79, 80} il n'existe **pas de corrélation** entre la plainte mnésique et les performances des sujets aux tests de mémoire, d'intelligence ou d'attention. L'appréciation que fournissent les sujets de leur fonctionnement mnésique dans la vie quotidienne n'est pas corrélée avec leurs performances aux tests de mémoire. Cette dissociation peut mener à s'interroger sur la validité des questionnaires comme reflet véritable de l'activité mnésique.

d. Plainte mnésique et corrélats psychoaffectifs

De nombreuses études ont montré que les principaux corrélats de la plainte mnésique étaient des facteurs psychoaffectifs.

Il a été mis en évidence des liens entre l'intensité de la plainte mnésique et le score aux échelles de **dépression** et d'**anxiété**^{75, 81,82}. Thomas-Antérion et al.⁸³ font le même constat d'un point de vue de l'anxiété. Ils ont également retrouvé des éléments marquants dans la vie du sujet anxieux se plaignant de trouble de la mémoire, dans 77% des cas. Par événements marquants, ils font référence à des pertes comme le décès d'un proche ou un changement des habitudes de vie.

L'intervention de **facteurs psycho-sociaux** a été mise en exergue par l'étude de Costa et McCrae⁸⁴ qui montrait que la plainte mnésique chez les sujets de 50 à 80 ans était corrélée à la sensation d'isolement, le peu d'importance accordée à son rôle dans la société et une conception négative du vieillissement.

3. Sémiologie de la plainte mnésique bénigne

C. Derouesné⁸⁵ souligne la diversité du contenu de la plainte mnésique.

Les difficultés de mémoire de la maladie d'Alzheimer sont liées à un dysfonctionnement des régions hippocampiques qui sont nécessaires, comme nous l'avons vu précédemment, à la mémorisation des informations nouvelles en mémoire épisodique.

Les difficultés de mémoire dans la plainte mnésique bénigne sont dues à des perturbations des mécanismes de rappel. L'information est mémorisée mais le sujet n'y a pas accès lorsqu'il le souhaite.

Les troubles vont donc essentiellement porter sur les informations qui présentent le maximum de difficultés pour les mécanismes de rappel comme les noms propres et le détail des événements. Le passé ancien est aussi bien touché que le passé récent, mais les informations reviennent en mémoire après un temps, spontanément ou suite à une procédure de recherche. Les patients sont très conscients de leurs difficultés et expriment une souffrance par rapport à cela. Les difficultés sont essentiellement subjectives et il n'y a pas de retentissement sur les activités de la vie quotidienne. Les patients, demandeur d'aide, consultent de leur propre initiative et généralement seuls. Et lors des consultations est parfois étonnant le contraste entre l'intensité de la plainte et la précision de l'anamnèse.

4. Signification de la plainte mnésique

La plainte ne peut pas se « réduire à un simple symptôme subjectif », nous dit J.-M. Léger⁶⁰, dont l'absence ou la présence suffit à porter un diagnostic ou à éliminer une pathologie démentielle.

Elle a une autre dimension, elle est en rapport avec un vécu et souvent s'adresse à quelqu'un. Comme nous l'avons vu précédemment, la plainte est avant tout une souffrance, considérée comme l'équivalent du cri ou du gémissement. Elle représente donc un certain langage qu'il faut apprendre à traduire.

a. La plainte mnésique « bénigne » comme souffrance multifactorielle

Nous l'avons vu précédemment, plusieurs études montrent des liens entre la plainte mnésique et des facteurs organiques, psychiques et sociaux.

Derouesné C.⁸⁶ fait l'hypothèse d'une plainte mnésique comme modalité d'expression d'une souffrance plus globale. Il explique que certains *facteurs organiques* comme le vieillissement cérébral, certaines pathologies cérébrales mais aussi pathologies d'organes vieillissants, certains *facteurs psychologiques* en lien avec les modifications de l'image corporelle, ou de la sexualité, et certains *facteurs sociaux* comme la retraite, ou des pertes de statut, aboutissent à des modifications de l'identité du sujet et entraînent une baisse de l'estime de soi pouvant être à l'origine d'une plainte de mémoire. Certains sujets s'adaptent à ces changements et trouvent des stratégies de compensation et de réinvestissement, d'autres n'y arrivent pas. Nous reprenons, ci-dessous un schéma de C. Derouesné qui est relativement simple et qui résume bien sa pensée.

En nous appuyant sur cette hypothèse, nous allons voir comment la plainte mnésique peut être la signification des modifications psychiques propre au vieillissement normal, ou être le reflet de processus pathologique comme l'anxiété et la dépression.

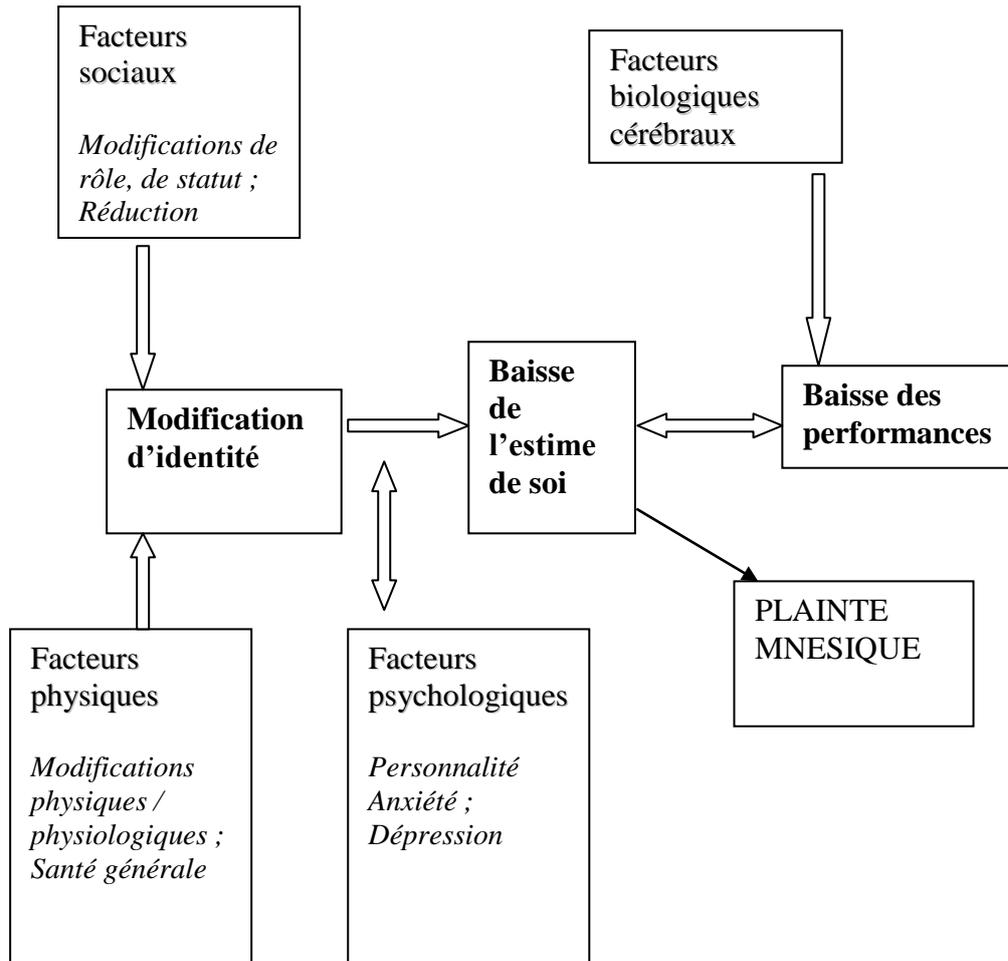


Schéma en référence à C. Derouesné⁸⁶: « la baisse de l'estime de soi liée aux modifications physiques, psychologiques et sociales consécutives au vieillissement et le retentissement de ces modifications sur la perception de l'identité du sujet ».

b. La plainte comme reflet des modifications propres au vieillissement normal

Nous l'avons vu précédemment, la vieillesse est le temps de diverses modifications à la fois physiques, psychiques et sociales.

Des défaillances somatiques vont créer une insécurité permanente, faisant parvenir à la conscience le spectre de la mort, et donc la perception de l'expérience de la fin. C'est la fin de la période de toute puissance infantile qui va malmener le narcissisme du sujet.

L'individu peut alors réagir en étant à l'affût de toutes manifestations perçues dans son corps, annonciatrices de l'échéance fatidique. Peut alors naître la plainte, dont la plainte de mémoire, **adressée à l'autre** comme pour le faire participer à son inquiétude. Cette démarche peut avoir l'allure d'un processus un peu magique et contra-phobique, ayant pour effet d'atténuer une anxiété sous-jacente⁶⁰. Elle a aussi comme but une demande d'aide pour prévenir l'entrée dans un processus aboutissant à plus ou moins long terme à la mort. Elle peut aussi s'intégrer comme moyen d'échange relationnel « *comme si la personne n'avait (du moins dans le registre des représentations mentales) d'autres recours que celui- de se placer dans cet état plaintif afin de susciter l'attention de l'autre et l'amorce d'un dialogue* » (Viéban F., Clément J.-P.⁸⁷).

Il est aisé d'établir un lien entre les facteurs intervenant sur la plainte mnésique dont parle C. Derouesné, et les nombreuses pertes intervenant dans le processus de vieillissement, comme si la plainte était le reflet d'un échec relatif de l'économie psychique. Le Gouès³⁶, lui-même, définit trois sortes de pertes dans le vieillissement : la *perte d'objet* (le deuil), la *perte de fonction* (en référence au corps), et la *perte de soi* (en référence à la mort). Le sujet en vieillissant va devoir faire face à un certain nombre de pertes, qu'il le veuille ou non, et pour cela, un **travail de deuil et de réélaboration de la position dépressive** va être nécessaire pour qu'il puisse s'adapter à ces différents changements. L'élaboration d'une nouvelle position dépressive consiste à accepter la douleur de la perte. Nous pourrions, comme P. Charazac⁸⁸, voir la plainte mnésique comme finalement le reflet de la location de l'affect dépressif dans cette partie du corps qu'est le cerveau.

Pour ce même auteur, si l'angoisse dépressive resurgit, c'est que les angoisses psychotiques (bon et mauvais objets) se font plus fortes avec l'avancée en âge. Les différentes pertes subies par le sujet activent sa haine contre les objets perdus, rendus coupables de l'avoir abandonné. Le sujet peut alors rechercher le responsable de ses handicaps physiques par exemple en

désignant un persécuteur extérieur. La plainte corporelle, et par extension la plainte mnésique, est soutenue par le même besoin de se trouver une raison de souffrir et de mourir mais cette fois du dedans. Elle permet de **maintenir l'homéostasie du narcissisme** du sujet⁸⁸. Elle met en accusation le cerveau, le dissociant ainsi du corps, vécu comme un tout. La plainte en fait le responsable de tous ces troubles ressentis, et le considère comme le mauvais objet qui devra être traité en tant que tel.

c. La plainte mnésique comme manifestation de l'anxiété

Dans le langage courant, les termes « anxiété » et « angoisse » sont généralement utilisées de manière indifférenciée pour qualifier un « *sentiment pénible d'appréhension et de détresse, issu d'une sensation de péril imminent, imprécise et subjective* » (Viéban et Clément⁸⁹).

L'*anxiété* représente en fait le « *terme émotionnel, sous la forme d'une impression d'impasse et de resserrement* » (Viéban F., Thomas P. et Clément J.-P.⁹⁰). Le sujet éprouve le sentiment qu'il ne peut échapper à un danger imminent et la menace d'anéantissement, du moins de manière fantasmatique, devient alors certaine pour lui.

L'*angoisse*, elle, figure « *la dimension corporelle de cette expérience douloureuse* »⁸⁹. On assiste donc à un cortège de symptômes physiques tels que l'oppression thoracique, les tremblements, les nausées voire les vomissements, les douleurs abdominales, la dyspnée ou encore la tachycardie.

« *L'anxiété accède à une dimension pathologique lorsqu'elle occasionne une souffrance intolérable qui inhibe l'existence* », précise D. Léger⁹¹.

Nous pouvons nous demander, devant le cortège de symptômes physiques qui accompagne l'angoisse et la polypathologie qui se présente fréquemment chez la personne âgée, s'il n'existe pas une certaine spécificité clinique de l'anxiété dans cette population.

En écho au terme de « *dépression masquée* », certains auteurs (Viéban F., Thomas P., Clément J.-P.⁹⁰) émettent l'hypothèse d'une « *anxiété masquée* », dans laquelle les symptômes psychiques sont relégués au second plan et les signes physiques au premier.

Il n'est pas question ici d'évoquer toutes les particularités cliniques des différents troubles anxieux chez la personne âgée, mais il nous semble important d'évoquer le trouble anxieux généralisé (TAG), de part sa fréquence élevée dans cette population (70%⁹²), et de ses rapports avec les plaintes de mémoire.

Le TAG correspond à une anxiété sévère, caractérisée par des perturbations cognitives chroniques.

Selon les critères du DSM-IV²⁷: le sujet ayant un TAG présente, *pendant une durée de 6 mois au moins, une anxiété sévère ou des soucis excessifs, incontrôlables, chroniques avec impression permanente de nervosité, tension et des symptômes physiques à l'origine d'une détresse importante.*

En plus de l'anxiété/soucis chroniques, **3 symptômes au moins sur les 6** des groupes *tension motrice* et *hypervigilance* sont requis pour le diagnostic:

1-tension motrice : fatigue, tension musculaire, agitation ou surexcitation ;

2-hypervigilance : difficultés de concentration, troubles du sommeil, irritabilité ;

3-troubles associés : mains froides et humides, bouche sèche, sueurs, nausées ou diarrhée, pollakiurie, difficultés à avaler ou sensation de boule dans la gorge, tremblements, contractions, douleurs, endolorissement musculaire, syndrome du côlon irritable, céphalées.

Guelfi⁹³ retrouve chez 113 patients anxio-névrotiques non déprimés, 62% patients ayant des troubles de la concentration et 56% ayant des plaintes de mémoire.

La clinique du trouble anxieux généralisé est donc dominée par la **plainte**, avec une mise à l'écart des signes psychiques de l'anxiété. Ce sont, en pratique des patients qui se plaignent surtout de leur corps.

Dans l'anxiété généralisée chronique, l'attention paraît labile, l'hyper vigilance entraînant une exagération de l'attention spontanée et un affaiblissement de l'attention volontaire qui pourrait rendre compte des difficultés de concentration et des troubles de la mémoire à court terme dont se plaignent les patients⁹⁴.

Une étude de Thomas-Antérion et al.⁹⁵ qui consistait à observer les résultats d'un bilan de mémoire de 40 patients anxieux venus consulter en centre mémoire pour une plainte mnésique, rapporte que dans 77,5% des cas des événements marquants, tels que la perte d'un proche ou un changement professionnel, sont retrouvés à l'anamnèse. Il souligne également que 41,9% des patients avaient un proche atteint de la maladie d'Alzheimer. Les patients ont également rapporté que leur plainte mnésique est survenue dans un contexte anxieux ancien, et avaient conscience que leurs troubles étaient différents de ceux de leur proche atteint de démence.

Ceci nous amène à penser que la plainte mnésique doit toujours s'analyser dans le **contexte évènementiel** du patient, et que la qualité avec laquelle on retrace l'anamnèse du patient est cruciale. De plus, la fréquence du trouble anxieux généralisé dans la population âgée, et les troubles de l'attention et de la concentration qui l'accompagnent souvent pouvant faire émerger une plainte mnésique, impliquent une vigilance diagnostique de notre part. Enfin, notons que l'inhibition, pouvant résulter de l'anxiété, peut venir renforcer les difficultés cognitives et participer à la survenue d'un réel handicap perceptible au travers de la vie quotidienne du patient.

d. La plainte mnésique comme manifestation de la dépression

Nous avons évoqué plus haut les rapports entre les affects dépressifs liés à la réélaboration de la position dépressive et la plainte de mémoire. Il est important de souligner que bien que les affects dépressifs appartiennent au registre de l'humeur, ils ne sont pas à confondre avec la dépression. Ainsi, l'affect qui accompagne la perte, la séparation ou le deuil n'est pas forcément le symptôme d'une dépression. P. Charazac⁹⁶ précise que son caractère pathologique dépend de la présence d'autres manifestations psychiques ou corporelles, avec en premier lieu un ralentissement psychomoteur ou une agitation anxieuse, associés ou non à une trouble du sommeil et de l'appétit, à des idées d'auto-dévalorisation ou de mort.

La plupart des auteurs (Burns et al., Baldwin et al.^{97, 98}) soulignent actuellement le caractère indépendant de l'âge dans les critères de la dépression majeure. Les guidelines sont affirmatifs : « *la dépression majeure est le même trouble à tous les moments de la vie, les critères sont donc identiques* »^{97, 98}. Les critères diagnostique de l'épisode dépressif majeur restent donc les mêmes quelque soit l'âge et sont définis ainsi par le DSM IV²⁷ :

« *Au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents pendant une période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir :*

- 1- *Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres ;*

- 2- *Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou par les autres) ;*
- 3- *Perte ou gain de poids significatifs en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours ;*
- 4- *Insomnie ou hypersomnie ;*
- 5- *Agitation ou ralentissement psychomoteur ;*
- 6- *Fatigue ou perte d'énergie ;*
- 7- *Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée ;*
- 8- *Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision ;*
- 9- *Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide, ou plan précis pour se suicider. »*

Toutefois, Frémont rappelle que parmi les symptômes entrant dans le cadre du syndrome dépressif chez le sujet âgé, la dimension somatique prend une place importante⁹⁹. Plusieurs auteurs^{100, 101, 102} rapportent notamment que la dépression du sujet âgé se présente souvent sur un versant somatique : 60% des patients âgés déprimés ont des plaintes somatiques qui peuvent se substituer à l'expression de la tristesse. Les plaintes les plus fréquemment rencontrées sont la fatigue, les douleurs chroniques et diffuses, les **troubles de la mémoire** et du sommeil.

Par ailleurs, l'expression de la dépression chez le sujet âgé diffère de celui du sujet plus jeune par la probable difficulté des premiers, à exprimer spontanément leur souffrance morale. On peut penser que « l'effet génération » est ici important. Les générations précédentes ont de la dépression une représentation proche de la folie. Il est plus évident de parler de son corps au médecin, beaucoup moins de ses préoccupations psychiques⁹⁹. Smith et al.¹⁰³ ont montré qu'une grande partie de la portion âgée de la population entretiendrait des préjugés face à la maladie mentale, ce qui orienterait chez ses membres l'expression de la détresse psychologiques en plaintes de type somatique.

Les plaintes mnésiques peuvent donc être le reflet d'un épisode dépressif majeur du sujet âgé.

5. Diversité psychopathologique dans la clinique de la plainte mnésique

Souvent dénommée « perte de mémoire » par les patients, les plaintes concernant la mémoire mettent sur le devant de scène la question de la perte, au sens large du terme.

S'exprimant explicitement en terme de perte, cette plainte singulière fait écho au déclin corporel inhérent au processus du vieillissement. La médiatisation autour de la maladie d'Alzheimer joue également un rôle. A la perspective de la mort se rajoute désormais la crainte de la détérioration mentale avec ses risques de perte d'autonomie physique et psychique, et d'être cantonné, un jour, à une position irréductible de passivité et d'impuissance.

Nous allons tenter d'éclaircir une éventuelle psychopathologie de la plainte mnésique en fonction des différentes structures psychiques selon J. Bergeret¹⁰⁴ et des modalités de changement de celles-ci au cours du vieillissement.

a. Névrose et plainte mnésique

- Le destin du Moi névrotique au cours du vieillissement

Au cours du vieillissement, le Moi névrotique souffre par l'éloignement de la bonne image qu'il s'était forgée de lui-même. La cohésion du Moi est donc menacée d'autant plus que certaines de ses ressources lui font défaut. Effectivement, les satisfactions narcissiques émanant de l'extérieur viennent à manquer, et les modifications corporelles amènent à modifier l'organisation pulsionnelle, qui peut être défaillante. Le concept de pulsion chez Freud et Lacan articule le réel du corps à la problématique de l'appareil psychique qui est une problématique du désir.

Si le Moi souffre, nous dit Le Gouès, c'est parce qu'il est engagé dans un processus de deuil qui « *consiste à supporter de n'être plus aussi aimable à ses yeux qu'il aurait souhaité le devenir, c'est-à-dire qu'il doit renoncer aux buts qu'il s'était assignés jusque là* »³⁶. Lorsque le deuil de ces buts progresse, le Moi va les désinvestir progressivement et regagner en puissance puisqu'il libère l'énergie libidinale attachée à ces tâches. Il peut alors réinvestir d'autres activités, par un procédé de sublimation, en particulier celles qui sont compatibles avec ses performances restantes.

Mais le travail de séparation n'est parfois pas si évident. Le Moi, s'il refuse de faire son travail de deuil, peut « *resexualiser ses pulsions* »³⁶.

Le Moi est pris dans un dilemme : travail de deuil et maintien d'une certaine cohésion et unité d'un côté, et **resexualisation des pulsions** et accès au désir, de l'autre.

Afin de suspendre les tensions, de les maintenir au point le plus bas, le Moi peut également se retirer en lui-même. On assiste alors à un **repli narcissique** qui comporte l'abandon des relations objectales.

La dernière voie que peut emprunter le Moi névrotique, est le retour à un **état régressif** sous la forme d'un retour défensif de l'analité ou de l'oralité. Dans ce cas, les pulsions partielles sont plus agies que sublimées³⁶.

- Une clinique de la névrose

Chez les sujets névrosés, l'oubli, appréhendé comme faiblesse, peut être relié à une lutte contre le fait de se rappeler avoir fait des choses, éprouvé des émotions qui n'étaient pas forcément autorisées sur le plan social et psychique. Les analyses de l'étude de Verdon B.¹⁰⁵ sur la psychopathologie de la plainte mnésique ont permis de mettre en relief une **conflictualité psychique** parfois importante où le **refoulement** jouait un rôle central pour contraindre les fantasmes à rester inconscients.

Nous pourrions envisager que les effets du refoulement s'expriment par des oublis observés dans la vie quotidienne. Le refoulement emporterait, dans ces mouvements, les représentations gênantes et indésirables, des objets plus ou moins liés à l'interdit. L'oubli aurait donc une valeur fonctionnelle.

Qu'en est-il alors de la valeur fonctionnelle de la plainte liée à l'oubli ? Celle-ci peut être reliée à l'**angoisse de perte**, d'impuissance, qui immanquablement dévoile une reviviscence de l'**angoisse de castration**. La plainte demanderait alors réparation¹⁰⁴. Avec le contexte de

médiatisation des pathologies démentielles (avec la maladie d'Alzheimer essentiellement), notre société est amenée à regarder de plein fouet la menace de grabatérisation et de dépendance qui plane derrière chacun d'entre nous. Ceci peut raviver des « **angoisses liées à la passivité** », à des « **fantasmes de soumission à l'autre** »¹⁰⁵, que peut traduire la plainte mnésique. L'autre étant détenteur du pouvoir de prodiguer les soins intimes ainsi que celui de déposséder ou de maltraiter, nous sommes alors dans les valences incestueuse et parricide du fantasme oedipien.

Le lien entre mémoire et traitement des conflits psychiques, notamment la question de la perte, apparaît différemment chez les sujets présentant un fonctionnement limite ou psychotique.

b. La clinique des fonctionnements limites

- Le destin du Moi de l'état limite

Le Moi de l'état limite se distingue du Moi névrotique par la nature de l'angoisse. Ici, c'est l'**angoisse de perte d'objet** qui est au centre du fonctionnement de l'état limite. Tout se passe comme si la perte d'objet menaçait les bases de son identité. Ses défenses principales sont le déni et le clivage. La libido du Moi est largement excédentaire par rapport à la libido d'objet, ce qui traduit économiquement une **composante narcissique dominante**. La relation d'objet de l'état limite est une relation anaclitique, c'est-à-dire qu'il s'agit d'être aimé de l'autre, en étant à la fois séparé de lui en objet distinct, et à la fois en s'appuyant sur lui^{104, 36}.

Ce sont les aménagements limites qui connaissent les plus nombreuses décompensations tardives, car ce sont les plus vulnérables à la perte d'étayage que représentent les séparations et les deuils de l'avancée en âge.

Le Moi de l'état limite, en difficulté au cours du vieillissement, peut emprunter plusieurs voies.

En premier lieu, il peut en quelque sorte **renégocier avec ses idéaux** s'il dispose de la présence d'un objet réel et bien investi sur lequel il peut s'étayer. Si le Moi de l'état limite ne peut accéder à la position dépressive comme le Moi névrotique, il peut parvenir à déplacer un certain nombre de ses investissements d'une activité vers une autre.

En revanche, si la qualité de l'étayage ne fonctionne pas bien, le Moi peut rechercher une issue vers la « *surcompensation* » (Le Gouès³⁶). Le sujet peut alors se lancer dans des projets

à teneur mégalomane, dans une suractivité agie afin de combler une incomplétude narcissique. Lorsque le corps ne peut plus suivre, confronté à ses limites dues au vieillissement, il inflige au Moi de l'état limite un brusque arrêt, facteur de décompensations psychiques. Ces pertes corporelles peuvent jouer le rôle d'un traumatisme désorganisateur en répétant un premier traumatisme survenu précocement. Le **corps** peut alors devenir **l'objet persécuteur**, ainsi que l'autre qui est le siège de reproches car il ne fournit pas l'aide nécessaire (Charazac P.⁵¹).

La plainte mnésique peut être le reflet de l'exacerbation d'un Moi hanté par l'impression de fuite d'objet, et de déperdition de ses contenus internes. Des **angoisses paranoïdes** peuvent apparaître, témoignant d'une extériorisation de l'attaque contre les objets internes.

Si l'effondrement dépressif est alors la forme la plus fréquente de ces décompensations, celles-ci peuvent prendre la voie de pathologies du caractère (refus de la dépendance), de la somatisation et de l'hypochondrie.

Les sujets peuvent alors incriminer avec ampleur l'injustice du vieillissement corporel et cognitif qui ne rend pas compte de leur vitalité interne indemne de tout affaiblissement. Il y a une sorte de déni de la temporalité pour préserver un narcissisme en péril. La mémoire et les processus cognitifs et intellectuels, lorsqu'ils fonctionnent comme ils le désirent, s'avèrent être de précieux alliés pour ces patients emprunt à des idéaux d'eux-mêmes surdimensionnés¹⁰⁵.

Pour P. Charazac⁵¹, le fonctionnement hypochondriaque a de particulier que l'essentiel de la libido du Moi s'investit dans le corps, au point que la plainte d'organe se substitue à la relation. Tout se passe comme si la plainte somatique devenait le seul mode d'échange possible avec autrui.

On observe donc chez les états limites des processus **de mentalisation et de symbolisation insuffisants**, les obligeants à **utiliser leur corps pour maintenir une relation d'objet**. Ils vont donc également présenter des difficultés à mettre en mémoire, à l'intérieur d'eux-mêmes, un temps passé, qui pourrait continuer à exister psychiquement. La coexistence entre permanence et changement ne peut trouver le déploiement possible chez ces patients dont la crise du vieillissement rencontre une vulnérabilité trop marquée.

c. La clinique des fonctionnements psychotiques

- Le destin du Moi psychotique

C'est l'**angoisse de morcellement**, voire d'anéantissement qui habite le Moi psychotique. Ses défenses majeures sont le déni et la projection. L'économie libidinale est centrée par la libido narcissique et l'objet est investi comme une image identique à lui-même sur un mode fusionnel¹⁰⁴.

Au cours du vieillissement, le Moi psychotique a moins de moyens pour faire face. Il peut développer, sur le mode de la resexualisation, un **délire tardif érotique** (Le Gouès³⁶). Sur le mode de la persécution, le **délire de préjudice** donne libre cours à la projection.

Chez les personnalités psychotiques, la menace narcissique du vieillissement activera une angoisse de morcellement ou d'effondrement pouvant conduire à une décompensation délirante tardive, sur un mode aigu ou chronique⁵¹.

6. Evaluation de la plainte

La question de la plainte de mémoire est traitée le plus souvent en premier lieu par le neurologue, le neuropsychologue ou le gériatre. Un bilan neuropsychologique testant les différents types de mémoires et fonctions cognitives, va être réalisé accompagné d'un interrogatoire, examen clinique, et bilan complémentaire.

Nous rencontrons les sujets quand il n'est pas retrouvé de trouble cognitif avéré.

Il existe différentes modalités de dépistage et de recueil de la plainte mnésique selon que l'on se trouve dans la pratique clinique courante ou en situation de recherche clinique. En recherche clinique, il est reconnu que la façon de recueillir la plainte, la transforme.

Mais il ne suffit pas d'enregistrer les performances d'un sujet, il faut également se demander comment il y parvient ou pourquoi il n'y parvient plus. Alors comment dépister et évaluer une plainte mnésique au cours de notre évaluation psychiatrique ?

a. La question de la première rencontre

Le premier contact avec le patient est essentiel. Celui-ci suppose une réflexion sur plusieurs paramètres afin que la rencontre puisse établir une communication de bonne qualité. Les observations cliniques de L. Ploton et son équipe dans le cadre d'entretiens individuels et de groupes avec des patients réputés déments, ont permis de théoriser le développement de techniques d'entretien dans la pratique psychogériatrique¹⁰⁶.

Dans le cadre de consultations au sein d'un CMRR, il nous semble intéressant d'avoir à l'esprit certaines de ces idées qui peuvent être considérée comme assez élémentaires mais qui sont les bases pour permettre l'instauration d'un dialogue dans un climat de confiance. Cela facilitera notre lecture de la plainte ainsi que son évaluation.

Dans un premier temps, soulignons l'importance à accorder au **cadre de l'entretien**. Le lieu doit, si possible, être calme, adapté à la nature de ce qui sera échangé. L'entretien doit être au maximum protégé par rapport aux allées et venues, aux intrusions téléphoniques, dans l'objectif de créer un espace de confiance, où le patient sent qu'il est reconnu comme autre et sujet pensant, auquel on apporte de l'importance. Il paraît également majeur de pouvoir rencontrer le patient seul, dans un premier temps, et de nommer le degré et la part de confidentialité dans ce qui va être dit, afin que le sujet ne soit pas placé dans une position relationnelle qu'il ne pourrait assumer.

La **durée** consacrée à l'entretien doit être relativement fixe avec une marge d'ajustement si cela est nécessaire. Il pourra être envisagé de fixer une deuxième consultation, si au terme de cette première rencontre, notre évaluation clinique et diagnostique est inachevée.

Dans un deuxième temps, il est important de laisser s'exprimer le patient et d'avoir une **écoute et une présence attentive**. Nous recherchons les **modalités d'expression**, la **nature** et le **retentissement de la plainte** sur la vie quotidienne du patient.

Il convient tout d'abord de cerner l'**origine** de la plainte. Est-ce le patient lui-même qui est venu consulter ? Est-ce l'entourage proche qui a remarqué des difficultés mnésiques ? Est-ce le médecin traitant qui a détecté un changement chez son patient ? Effectivement, une plainte spontanée (exprimée par le patient) n'a pas la même signification, ni la même valeur diagnostique et pronostique¹⁰⁷. Plusieurs études épidémiologiques (dont l'étude PAQUID¹⁰⁸)

ont montré que la plainte mnésique, si elle était spontanée, était un facteur de risque multiplié par trois d'évolution vers une maladie d'Alzheimer. La plainte spontanée est également en rapport avec une certaine conscience des troubles du patient, celle-ci pouvant mobiliser des affects dépressifs en lien avec le sentiment de perte d'une toute puissance de la jeunesse.

On se doit de faire préciser les **antécédents personnels et familiaux** à la fois médicaux et psychiatriques.

L'**anamnèse** est bien évidemment à faire préciser avec plus particulièrement le début des troubles et leurs circonstances d'apparition. La perte d'un proche par décès, la présence d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer, l'atteinte corporelle par une maladie x ou y, sont des événements non sans lien avec l'apparition de troubles de la mémoire.

Comme nous l'avons abordé précédemment, le vieillissement mobilise l'individu, et l'approche de l'échéance fatidique devient progressivement consciente, ce qui n'est pas sans conséquences d'un point de vue psychique. C'est pourquoi, lors de l'entretien, il faudra tenter de retracer avec le patient son histoire de vie, de connaître son **vécu par rapport au vieillissement** et les moyens utilisés pour franchir certaines étapes douloureuses. Au fur et à mesure de l'échange, nous pourrons évaluer le **mode d'organisation de la personnalité** du patient. En fonction de son organisation structurale, le vécu du vieillissement sera différent ainsi que l'expression de la plainte.

Nous ferons préciser l'**évolution** et la **caractéristique des troubles**. Y-a-t-il des moments où la mémoire semble fonctionnelle ? S'agit-il d'oublis d'informations récentes et/ou anciennes ? Nous évaluerons également le retentissement sur les activités de la vie quotidienne ainsi que l'autonomie.

La plainte mnésique est en lien avec le vécu du patient de son vieillissement, mais également avec l'anxiété et la dépression. Il sera donc important de repérer, enfin, s'il existe un épisode dépressif majeur, un trouble anxieux généralisé, et plus globalement d'évaluer la **thymie** et les **capacités d'adaptation** à un facteur de stress.

b. Quels outils d'évaluation utilisés ?

- Les outils d'évaluation de la plainte mnésique

Il nous semble important de pouvoir se centrer sur l'évaluation clinique dans le cadre de la plainte mnésique, tant elle est multifactorielle et souvent corrélée à des facteurs psychoaffectifs.

Mais nous avons à disposition certains outils d'évaluation de la plainte dont le choix varie selon les capacités de communication du patient.

On peut distinguer des outils généralistes et des outils plus spécialisés.

Parmi les outils généralistes, les questionnaires DOTES-TWISS, IPSC-E, la CHESS ou la SCL-90 sont des outils de recueil systématiques des plaintes somatiques et psychiques¹⁰⁷.

D'autres outils plus spécifiques peuvent être utilisés, le plus souvent sous la forme de questionnaires d'auto-évaluation.

Ces derniers se présentent sous la forme d'une liste de questions décrivant des situations quotidiennes prototypiques où la mémoire est mise à contribution. Le patient est invité à porter un jugement quant à l'efficacité de sa mémoire dans ces différentes situations, sur une échelle d'évaluation à plusieurs degrés (par exemple : jamais, très rarement, occasionnellement, assez souvent, très souvent). Ces questionnaires ne constituent donc pas des tests objectifs, mais reflètent l'appréciation du patient sur la qualité de sa mémoire.

Les questionnaires les plus souvent employés sont le Questionnaire d'Auto-évaluation de la Mémoire (Q.A.M) et l'Echelle d'auto-évaluation des Difficultés Cognitives (E.C.D) (cf. annexes).

Le Questionnaire d'Auto-évaluation de la Mémoire (Van der Linden et al.¹⁰⁹, cf. annexe 5) a été construit de manière empirique par plusieurs neuropsychologues cliniciens. Il se compose de 64 questions groupées en dix rubriques : conversations (exemple : "avez-vous des difficultés à suivre le fil d'une conversation qui se déroule avec une seule personne parce que vous oubliez ce qui vient d'être dit ?"), films et livres, personnes, mode d'emploi des objets, connaissances générales, lieux, actions à effectuer, vie personnelle, distraktion, influence de facteurs non mnésiques (fatigue, stress, etc.). Une question générale (par exemple : "avez-vous des problèmes de mémoire dans la vie quotidienne ?") est proposée en début et en fin de questionnaire, ce qui permet d'évaluer parfois la prise de conscience progressive par le patient de ses difficultés mnésiques.

Le patient répond à chaque question sur une échelle comportant six niveaux (de "jamais" à "toujours"). Certaines questions concernent les capacités d'apprentissage d'informations nouvelles, d'autres la récupération d'informations acquises (après un intervalle de rétention court ou long). Il existe également une forme destinée à l'évaluation des troubles par un proche.

Parmi les autres questionnaires existant en langue française, on peut notamment citer la version française de l'**Échelle de Difficultés Cognitives de Mac-Nair et Kahn**¹¹⁰ (cf. annexe 6). Cette échelle a été traduite en français par Lucien Israël en 1986 et validée sur plus de 400 sujets (Poitrenaud J., Israël L., et al.¹¹¹). L'E.D.C se compose de 39 items avec, pour chacun d'eux, cinq possibilités de réponses allant de « jamais » à « très souvent ». Ce n'est pas qu'une échelle de plainte mnésique, elle s'intéresse aussi à d'autres facteurs comme l'attention et la concentration, la mémoire, l'orientation temporelle, les difficultés cognitives diverses (par exemple : « je fais des fautes en écrivant, en tapant à la machine, ou en me servant d'une calculatrice »).

Ces deux échelles présentent toutes deux une version longue et une abrégée.

Il existe un autre questionnaire du fonctionnement de la mémoire : le **Questionnaire du Fonctionnement Mnésique** (MFQ) élaboré par Gilewski et Zelinski en 1988^{112, 113}. Il a été développé dans le but de fournir une évaluation standardisée de l'appréciation subjective du sujet sur le fonctionnement de sa mémoire dans la vie quotidienne. Cette auto-évaluation concerne essentiellement la perception, par le patient, des modifications survenues sous l'effet de l'âge, la fréquence des oublis, les secteurs dans lesquels ils apparaissent, l'importance qu'il leur accorde. Cette évaluation est complétée par une énumération des procédés et stratégies utilisés pour compenser ces troubles. La traduction française a été réalisée et restructurée par L. Israël en 1988.

Le questionnaire comprend 64 items structurés en 7 sous-échelles. Le sujet doit répondre sur une échelle de 7 niveaux allant de « jamais » à « toujours ». La cotation se fait par sous-échelle et non par score.

Par ailleurs, Thomas-Antérion C. et al.¹¹⁴ ont proposé un questionnaire d'évaluation de la plainte mnésique (**QPC : Questionnaire de Plainte Cognitive**) ayant pour but d'aider les médecins à repérer une plainte suspecte. Ce questionnaire comprend 10 items auxquels le sujet doit répondre par « oui » ou « non ». Il n'est en aucun cas un outil diagnostique mais sa rapidité et sa facilité de passation peuvent être soulignées.

- Intérêts et limites

Ces questionnaires, même en version abrégée, restent des outils d'évaluation de passation longue, ce qui peut être limitant en pratique clinique quotidienne.

Sunderland, Harris et Baddeley¹¹⁵ ont entrepris plusieurs études sur la validité des questionnaires d'auto-évaluation chez des traumatisés crâniens et des sujets de contrôle (accidentés sans traumatisme crânien).

Ces deux études suggèrent que le questionnaire rempli par le patient constitue une méthode peu valide d'évaluation de la mémoire quotidienne et qu'il serait judicieux de lui préférer le questionnaire rempli par un proche. La limite principale du questionnaire rempli par le patient résulterait du poids que cette évaluation fait peser sur la capacité qu'a le patient de récupérer ses échecs mnésiques.

Sunderland, Harris et Gleave¹¹⁵ soulignent cependant que l'auto-évaluation au moyen d'un questionnaire peut fournir des données qualitatives intéressantes et que, dans un contexte clinique, il peut être utile de savoir que certaines formes de difficultés existent sans pour autant en connaître la fréquence exacte.

L'auto-évaluation permet également de recueillir des informations sur des **difficultés mnésiques "personnelles"** qui ne peuvent être observées par d'autres personnes. De plus, l'auto-évaluation est beaucoup mieux acceptée par les personnes âgées qu'un test psychométrique qui risque de les mettre en situation d'échec et de raviver certaines angoisses pouvant altérer la passation.

Par ailleurs, l'auto-évaluation par questionnaire permet d'examiner les **croyances** du patient sur ses capacités. L'identification de ces croyances est importante : elles peuvent déterminer l'engagement du patient dans une activité (celui qui croit avoir une mauvaise mémoire topographique répugnera à s'engager dans un lieu peu connu) et le type de stratégie utilisé pour réaliser une tâche. Elles peuvent également influencer le déroulement d'une rééducation

(un patient qui s'évalue positivement en dépit de ses problèmes mnésiques ne verra pas de raison d'entamer une thérapie). De précieuses informations concernant l'anosognosie peuvent aussi être recueillies en comparant les évaluations effectuées par le patient et par un proche¹⁰⁸. Notons que les résultats qui conduisent Sunderland et al. à conclure à la faible validité de l'auto-évaluation par questionnaire ne sont peut-être pas généralisables à tous les types de questionnaires, ni à tous les types de patients.

Soulignons, enfin, qu'aucun de ces questionnaires n'est un outil diagnostique mais, néanmoins, ils nous permettent de nous appuyer sur certains éléments afin d'avoir une vision la plus globale possible de comment le sujet perçoit ses capacités mnésiques et cognitives.

La première rencontre avec le patient est une étape essentielle dans l'évaluation de la plainte mnésique du sujet vieillissant. En référence aux travaux de L. Ploton et son équipe, il nous semble important de prendre en compte le cadre de l'entretien, ainsi que notre attitude auprès du patient.

Par la suite, l'origine de la plainte, les antécédents, l'anamnèse et l'évolution des troubles devront être précisés. Il faudra être attentif au mode d'organisation de la personnalité du patient, à ses capacités d'adaptation, à son rapport avec son propre vieillissement ainsi qu'aux éventuels symptômes psychiatriques en présence (et plus particulièrement dépressifs et anxieux).

Certains outils d'évaluation peuvent être utilisés dans le dépistage de la plainte mnésique, citons notamment le **Questionnaire d'Auto-évaluation de la Mémoire** (Van der Linden et al., 1989), l'**Echelle d'auto-évaluation des Difficultés Cognitives de Mac-Nair et Kahn** (1984) ainsi que le **Questionnaire du Fonctionnement Mnésique** (Gilewski et Zelinski, 1988). L'échelle de Mac-Nair est la plus connue et la plus usitée, elle existe en version longue et abrégée.

Ces outils sont d'utilisation relativement simple à la fois pour le patient et pour le praticien qui comptabilise le score.

Néanmoins, ces questionnaires restent des outils de passation longue ce qui en pratique courante peut s'avérer limitant.

De plus, ce sont des outils d'autoévaluation qui ne reflètent pas de manière exacte les troubles de la mémoire : ce ne sont pas des outils diagnostiques.

En revanche, ils peuvent nous apporter des éléments intéressants concernant la manière dont le sujet se représente ces troubles et ils mettent le sujet moins en difficulté qu'un test psychométrique.

Il nous semble important de pouvoir se centrer, en tant que psychiatre, sur l'évaluation clinique et l'entretien avec le patient tant ils peuvent nous fournir des informations qualitatives d'une autre nature que les tests.

De plus, dans le cadre du CMRR, se décaler de l'approche neuropsychologique et des nombreux tests que cela implique, permet au patient de ne pas être confronté à de nouvelles situations d'échec. Génératrices d'anxiété et pouvant amplifier certains affects dépressifs sous-jacent, ces situations pourront être éventuellement reprises lors de l'entretien psychiatrique.

- Les autres outils d'évaluation

De manière exhaustive, nous allons évoquer les autres outils d'évaluation à notre disposition. Nous nous attarderons plus spécifiquement sur les échelles d'évaluation de la dépression et de l'anxiété chez le sujet âgé.

➤ Dans le cadre de la dépression

La dépression du sujet âgé possède, nous l'avons vu, une sémiologie originale avec des difficultés diagnostiques particulières. C'est pourquoi les auteurs se sont penchés sur des questionnaires de dépistage adaptés à cette population.

L'échelle la plus connue et la plus utilisée est la **Gériatric Depression Scale (GDS)**. Plusieurs sous-unités existent : la GDS à 15 items, à 30 items et la mini-GDS à 4 items¹¹⁶.

Sur le plan historique, il faut rappeler que la version à 15 items est une version abrégée de la GDS à 30 items. Il s'agissait de réaliser un outil facile à utiliser et demandant peu d'effort au sujet âgé.

Pour les trois versions, les items indiquent la présence de dépression si le sujet donne une réponse positive pour certains et négative pour d'autres. Chaque réponse dépressive reçoit un point. Le score obtenu par addition des points reflète une forte probabilité de dépression lorsqu'il est élevé.

La **GDS à 15 items** (cf. annexe 7) peut être remplie à la fois par le patient et par un soignant. Il ne s'agit pas d'un outil diagnostique, en revanche, il s'agit d'un très bon outil de suivi après la mise sous traitement antidépresseur, afin de juger de l'efficacité de ce dernier. Le score normal est de 3 +/- 2, un sujet moyennement déprimé a un score de 7 +/- 3, un sujet très déprimé a un score de 12 +/- 2.

La **GDS à 30 items** (cf. annexe 8) se compose de 30 items auxquels le sujet doit répondre par oui ou non. Les normes, d'après les travaux de Yesage et al.¹¹⁷ sont les suivantes :

- 0-10 : absence de dépression ;
- à partir de 11 : probabilité de dépression.

La GDS a pour intérêt majeur d'avoir été **conçue et validée auprès de personnes âgées** et d'éviter l'écueil des items somatiques.

Ce n'est en aucun cas un outil diagnostique mais c'est un bon instrument de dépistage de la dépression chez les sujets âgés.

Le **questionnaire QD 2A** (Pichot et al.¹¹⁸ ; cf. annexe 9) appartient à la catégorie des instruments d'auto-évaluation des états dépressifs. L'intérêt de ce questionnaire réside ici dans sa qualité discriminatoire entre « malades somatiques déprimés » et « non déprimés ». Vezina et al.¹¹⁹ ont mis en évidence toute la difficulté à évaluer les symptômes de la dépression chez le sujet âgé qui dira plutôt éprouver des difficultés à se concentrer, ne pas avoir le moral, avoir des plaintes physiques. C'est pourquoi le questionnaire de Pichot semble avoir un certain intérêt particulièrement chez les sujets se plaignant de leur mémoire car il permettrait de **déterminer la part qu'occupe l'affect dépressif dans l'éventuel déficit cognitif**. Il n'a cependant pas été étudié spécifiquement dans une population de sujets âgés.

Le QD 2A est constitué de 13 items appelant à une réponse dichotomique par vrai ou faux. La note correspond au nombre de propositions classées vrai et varie de 0 à 13. Le résultat des études¹¹² ont montré qu'une note strictement supérieure à 6 est fortement corrélée au diagnostic clinique d'état dépressif. De plus, c'est un questionnaire simple d'utilisation ne nécessitant aucune formation particulière de la personne qui en contrôle la passation. Il est à noter que cette échelle n'est pas à utiliser lorsque le MMS est inférieur à 15.

Notons, pour mémoire, car ce n'est pas réellement notre propos ici, que, lorsqu'on se trouve face à des patients dont le syndrome démentiel est installé, avec un MMS inférieur à 15, il existe une échelle spécifique adaptée aux démences pour dépister un syndrome dépressif : l'Echelle de Cornell. On pourra également utiliser le NeuroPsychiatric Inventory (NPI) face à des patients âgés dont les troubles du comportement sont au premier plan, pour mieux cerner la place qu'occupe le syndrome dépressif.

Il convient également de citer les autres échelles de dépression très largement utilisées : l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS : Hamilton depression rating scale), l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS), ainsi que l'inventaire abrégé de dépression de Beck. Les deux premières ont démontré leur intérêt dans l'évaluation de la sévérité d'un état dépressif et permettent de quantifier l'évolution clinique sous traitement. L'échelle de Beck est une mesure subjective de dépression, rapide et simple d'utilisation en pratique courante. Mais ces échelles ne sont pas spécifiques du sujet âgé.

➤ Dans le cadre de l'anxiété

L'évaluation de l'anxiété reste avant tout clinique. Les outils d'évaluation de l'anxiété ont pour la plupart été élaborés à destination des adultes plus jeunes avec pour certains, une utilisation possible chez les personnes âgées.

L'**échelle d'anxiété de Hamilton** est l'un des instruments d'évaluation les plus utilisés. Il a été présenté par Hamilton en 1959, comme instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété névrotique, et a été traduite en français par P. Pichot¹²⁰. Cette échelle comporte 14 items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, ainsi que l'humeur dépressive. La sommation des notes d'items permet d'obtenir une note d'anxiété psychique, une note d'anxiété physique et une note globale (de 0 à 60). Pour compléter le questionnaire, le clinicien s'appuie sur les symptômes présentés par le patient, dont il évaluera lui-même l'intensité (allant de : « absent » à « intensité maximale »).

Cette échelle est très utilisée notamment dans le cadre des travaux de recherche et il s'agit d'un instrument sensible au changement. En revanche, l'accent mis sur les symptômes somatiques limite son intérêt pour les patients dont l'expressivité anxieuse est surtout corporelle, notamment chez les personnes âgées.

Clément et al.^{90, 121} en 2005 ont proposé une échelle de mesure de l'anxiété intitulée **MASA (Mesure de l'Anxiété chez les Sujet Agé)**. Il s'agit d'un outil de dépistage qui permet d'avoir une évaluation qualitative mais aussi éventuellement quantitative du niveau d'anxiété actuel du patient.

Elle est constituée de 20 items, dont 2 questions d'observation et 18 questions posées au patient, auxquels il faut répondre par oui ou non. La MASA a fait l'objet d'une validation auprès d'une population de 302 personnes âgées de plus de 65ans vivant en institution (foyer logement ou EHPAD) ou hospitalisées en service de soins aigus de psychiatrie du sujet âgé. L'anxiété seule ou accompagnée de syndrome dépressif était appréciée par une évaluation clinique et par l'échelle d'anxiété de Hamilton. Comparée à l'échelle d'anxiété de Hamilton, la MASA a démontré qu'elle était un outil utile de dépistage (sensibilité 95%, spécificité 89%) pour la pratique courante.

La validation de cette échelle, ayant été faite dans une population institutionnalisée, questionne sur sa validité chez les sujets âgés en général. Elle est, nous semble-t-il, une bonne échelle de dépistage des troubles anxieux du sujet âgé simple et fiable.

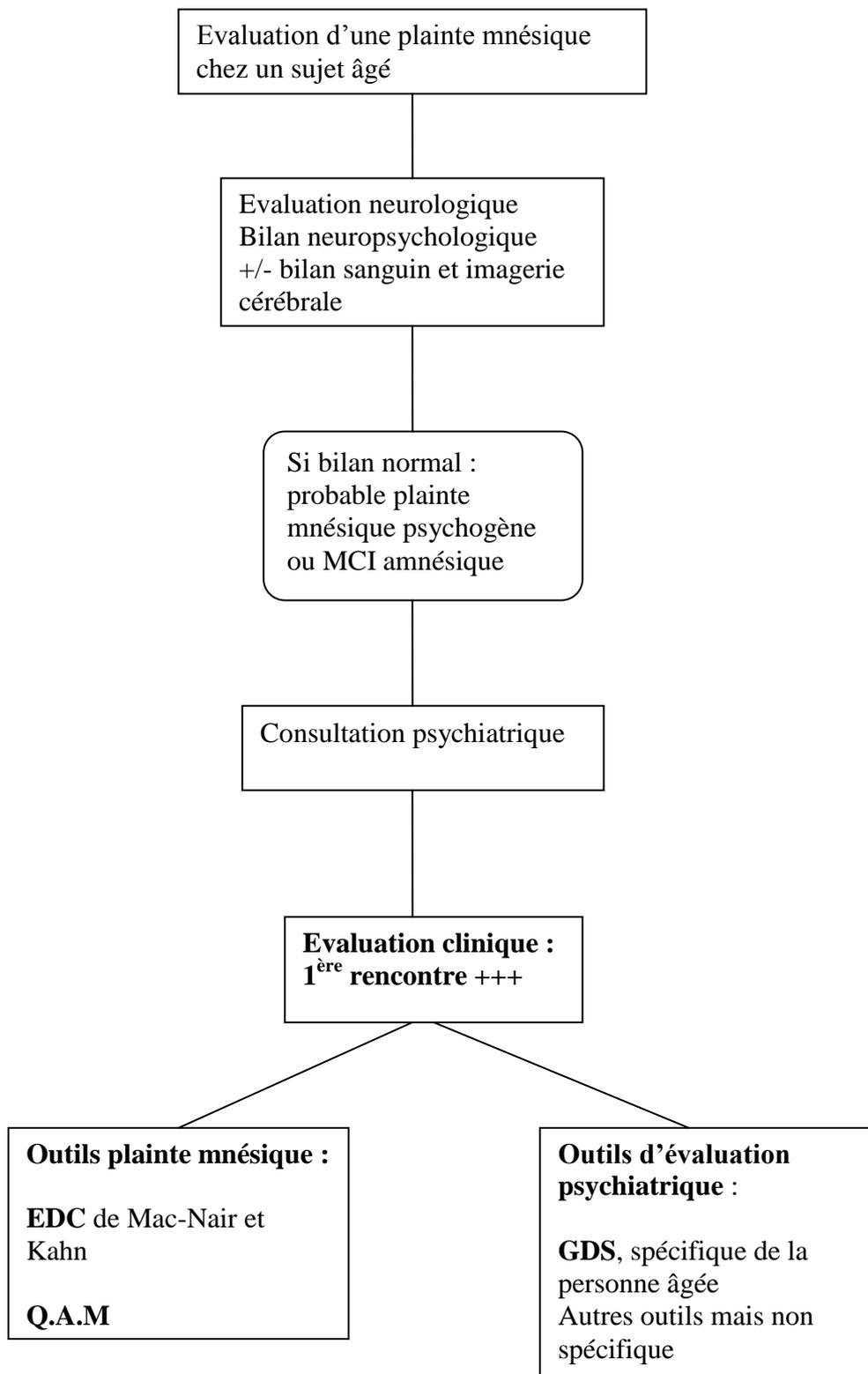


Tableau 2 : évaluation de la plainte mnésique du sujet âgé

Partie 3

Centre Mémoire de Ressource et de Recherche en France (CMRR) : état des lieux sur la place de la psychiatrie.

A. Création des centres mémoire : historique et évolution

Dès 1986, fut créée, à Paris, à l'initiative de Monsieur le Professeur B. Dubois, la première consultation mémoire de France à l'hôpital La Pitié-Salpêtrière, sur le principe de la pluridisciplinarité. Le CMRR Sud Pitié-Salpêtrière - Broca, a ensuite vu le jour en 2003. Premier centre en Ile-de-France, il est resté le seul jusqu'à l'ouverture, en 2007, du CMRR Nord Lariboisière-Fernand-Widal, qui prend désormais en charge la région Nord de Paris.

A Lille, depuis environ 10 ans, coexistent deux consultations Mémoire qui font partie du réseau Nord-Pas de Calais créé en 1993 à l'initiative de Monsieur le Professeur Petit et de Madame le Pr F. Pasquier. C'est en 1991 que la consultation Mémoire lilloise a été ouverte, rattachée au centre hospitalier régional et universitaire de Lille.

Depuis, plusieurs centres mémoire ont vu le jour à travers la France entière sous l'impulsion des progrès scientifiques et de différentes mesures politiques dont la principale est la circulaire du 16 Avril 2002.

1. La circulaire du 16 Avril 2002¹²²

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation massive du nombre de cas de démence et de maladie d'Alzheimer. Pour mieux prendre en charge les patients âgés et retarder l'apparition des symptômes les plus sévères et la perte d'autonomie, il est devenu important que la maladie démentielle soit repérée et identifiée le plus tôt possible. Pour aller dans ce sens, une mesure politique a été pensée et mise en place progressivement.

En Octobre 2001, le ministre délégué à la santé, Monsieur Bernard Kouchner, a présenté un programme d'actions destiné aux personnes souffrant de maladie d'Alzheimer (MA) et maladies apparentées. Ces mesures devaient donner une réponse à la fois médicale et sociale sur ces maladies à part entière devenues tardivement une priorité dans le domaine de la santé publique.

Cette circulaire pointait six objectifs¹²¹ :

*« identifier les premiers symptômes et orienter ;
structurer l'accès à un diagnostic de qualité ;
préserver la dignité des personnes ;
soutenir et aider les personnes malades et leurs familles ;
améliorer la qualité des structures d'hébergement ;
favoriser les études et la recherche clinique. »*

Afin de structurer l'accès à un diagnostic de qualité, une des missions de la circulaire de 2002 a été la mise en place d'un dispositif gradué et spécialisé : le premier niveau concernait le développement des consultations mémoire de proximité (CMP), le deuxième niveau la création de Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR). Les missions et moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces structures ont été notifiés à ce moment là.

Afin de bien comprendre les objectifs de ces centres, nous allons rappeler brièvement les missions et les moyens définis initialement par le ministre délégué à la santé des CMP ainsi que des CMRR.

a. Missions et moyens des consultations mémoire de proximité

• Missions :

- *« affirmer le trouble mnésique, diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel ;*
- *rassurer les personnes exprimant une plainte mnésique, n'ayant pas de syndrome démentiel et leur proposer un suivi ;*
- *identifier les situations complexes justifiant le recours au centre mémoire de ressource et de recherche ;*
- *mettre en place un projet de soins personnalisés et l'articuler avec le plan d'aide élaboré par les professionnels de terrain et / ou les CLIC ;*
- *participer au suivi des personnes malades en partenariat avec les médecins de ville (généralistes, neurologues, psychiatres...) et les professionnels médico-sociaux ;*
- *participer à la formation des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles démentiels (généralistes, personnels des services de soins infirmiers à domicile...)* ;
- *établir annuellement un compte rendu d'activité. »*

- Moyens :

Pour remplir leurs missions, les consultations disposent :

1°) D'une équipe pluridisciplinaire composée, selon le cas, à temps plein ou à temps partiel:

- a. d'un gériatre ou neurologue, avec la possibilité de faire appel à un psychiatre ;*
- b. un personnel (infirmier, assistant social...) chargé de l'accueil, de la coordination des intervenants médico-sociaux et du recueil de l'activité ;*
- c. d'un personnel, de préférence, neuropsychologue, chargé de faire passer les tests, d'assurer un soutien psychologique ;*

2°) De moyens paracliniques : tests neuropsychologiques et accès organisé à l'imagerie cérébrale ;

3°) D'outils de suivi d'activités comprenant au minimum :

- a. le nombre de patients suivis ;*
- b. le nombre de nouveaux patients ;*
- c. les diagnostics ;*
- d. les stades de la maladie ;*
- e. la durée de la prise en charge ;*
- f. les motifs d'arrêt du suivi ;*
- g. le nombre de réunions multidisciplinaires ;*
- h. le nombre et le type de formations organisées ;*
- i. les partenariats développés.*

Le programme d'actions avait pris le parti de ne pas créer des consultations mémoire (sauf s'il existait des difficultés d'accès aux soins dans une région) mais plutôt de s'appuyer sur des structures déjà existantes et de renforcer leurs moyens.

b. Missions et moyens des centres mémoires de ressource et de recherche

• Missions :

- « Etre un recours pour les consultations mémoire et les spécialistes pour les cas difficiles ;
- Assurer les missions d'une consultation mémoire pour le secteur géographique ;
- Développer des travaux de recherche ;
- Assurer des formations universitaires ;
- Structurer et animer un dispositif régional et/ou interrégional en partenariat avec les consultations mémoire ;
- Aborder et traiter les questions à caractère éthique. »

Les centres doivent être obligatoirement implantés au sein d'un centre hospitalo-universitaire.

• Moyens :

1°) Des moyens humains

- une équipe médicale pluridisciplinaire comprenant : neurologue, gériatre, **psychiatre** ;
- disposer de neuropsychologue(s), infirmière(s), orthophoniste(s), assistante(s) sociale(s), secrétaire(s), attaché(s) de recherche clinique et, si possible, ergothérapeute(s).

2°) Des moyens techniques

3°) Autres moyens comme disposer de places en hospitalisation de jour, avoir organisé un espace de réflexion sur les questions éthiques, avoir un système d'information accessible aux consultations mémoire et autres CMRR.

4°) Justifier d'une activité clinique dans le domaine des pathologies démentielles.

5°) Développer des travaux de recherche

6°) Développer une activité de formation universitaire.

La consultation mémoire de ressources et de recherche a un double rôle, à la fois local, de consultation mémoire de proximité, mais aussi régional, voire interrégional, de recours pour

les consultations mémoire et les spécialistes pour les diagnostics et les prises en charges les plus difficiles. De plus, ce CMRR est la tête du réseau des consultations mémoires locales, qu'il doit coordonner, et a, par ailleurs, une fonction dans la recherche clinique sur les syndromes démentiels, la formation universitaire et la réflexion à caractère éthique. L'équipe médicale regroupe toutes les spécialités concernées et le caractère pluridisciplinaire de la consultation mémoire est renforcé par d'autres professionnels.

La psychiatrie est clairement mentionnée dans ce dispositif tant au niveau des CMP qu'au niveau des CMRR. Le psychiatre est cité comme **partenaire** de l'équipe multidisciplinaire du CMRR au même titre que le gériatre ou le neurologue.

Effectivement, plusieurs objectifs semblent être compatibles avec notre profession.

Le psychiatre, de part son expérience dans les pathologies à manifestations psychiques et comportementales, peut jouer un rôle d'**aide au diagnostic** de pathologies complexes, mission essentielle du CMRR.

De plus, l'accent mis sur la **réassurance** et le **suivi** des patients présentant une plainte mnésique sans déficit de mémoire objectivable, sur les **réflexions sur l'éthique**, sur la mise en place d'un **projet de soin personnalisé** ainsi que sur le fait d'assurer la coordination entre les différents professionnels engagés dans la prise en charge, nous semble autant de sujets qui s'inscrivent dans notre pratique psychiatrique.

Pourtant depuis 2002, qu'en est-il de ces structures expertes en maladies de la mémoire ?

2. Evolution

a. Quelques chiffres

En 2003 en France, avaient été créés 232 consultations mémoire et 16 CMRR. Le Plan Alzheimer 2004-2007 a renforcé les moyens dans les centres préexistants et en a déployé pour des ouvertures supplémentaires. C'est ainsi qu'en décembre 2006, on comptait 366 consultations mémoire et qu'actuellement il existe 25 CMRR en France.

L'étude PAQUID¹²³ a été une des « premières études européennes à permettre une estimation de l'incidence de la démence à partir d'un échantillon de la population générale ». PAQUID est une étude épidémiologique dont l'objectif général était d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et de repérer les sujets à haut risque de détérioration physique et intellectuelle. Cet objectif a pu être

réalisé par la mise en place d'une cohorte, en Gironde et Dordogne, depuis 1988. Après dix ans de suivi, l'incidence (nombre de nouveaux cas par an de la maladie) de la démence dans la population générale était estimée à 22 pour 1000 personne-années, et à 15 pour 1000 personne-années pour la maladie d'Alzheimer. A dix ans, la prévalence, définie par la proportion de la population atteinte par la maladie, de la démence était, elle, estimée à 17,8 %. 80 % des sujets déments présentaient une maladie d'Alzheimer. En Europe, la prévalence est de 6,4 % pour la démence (toutes causes confondues) et de 4,4 % pour la maladie d'Alzheimer (Van Der Flier, W. M., Scheltens, P.¹²⁴).

L'étude PAQUID estime, par extrapolation de ces chiffres, à 800000 le nombre de personne démente en France.

Avec l'avancée des techniques médicales, le vieillissement de la population ne fait que croître, la prévalence du syndrome démentiel augmente également avec l'âge. La répercussion de la démence sur la population est en train de devenir, ou est déjà, un problème de santé publique. C'est pourquoi, notre gouvernement actuel a relancé le débat en proposant un nouveau plan Alzheimer ayant pour objectif de favoriser la recherche sur le plan du diagnostic et du traitement, ainsi que pour « améliorer la qualité de la prise en charge des malades ».

Le plan Alzheimer 2008-2012¹²⁵ a fait le bilan qu'il existait une grande disparité interrégionale de centres mémoire et a pour objectif de créer 23 consultations mémoire de proximité, et 3 nouveaux CMRR dans les régions qui n'en sont pas pourvus (Corse, Auvergne, Limousin).

b. Actuellement : les psychiatres, les « oubliés » dans le champ des démences.

Contrairement à la circulaire de Monsieur Kouchner, où il était admis que le psychiatre avait sa place en Centre Mémoire de Recherche et de Ressource, le rapport de Monsieur Ménard du 08 Novembre 2007¹²⁶ est moins précis à ce sujet.

En effet, les psychiatres et leurs équipes sont comptés au rang de « possibles partenaires » du dispositif pour l'accueil et les soins¹²⁷.

Concernant la **réflexion éthique** et de la question du consentement, il est dit : « cet espace, [espace référent ayant pour but d'enrichir la réflexion éthique à l'appui d'une pratique], approfondira avec l'apport technique des CMR, des CM, des neurologues et des gériatres, les

questions spécifiques liées à la maladie d'Alzheimer » (pp. 25-27). Les psychiatres ne sont donc pas considérés comme des partenaires de cette réflexion.

Il en est de même dans **l'approche du diagnostic différentiel** : « Il ne faut pas non plus se tromper de diagnostic (dépression par exemple) ou ne pas faire de diagnostic dans des formes atypiques. Dans ce cas, la consultation auprès d'un spécialiste, neurologue ou gériatre, libéral ou hospitalier, est sans doute nécessaire après un repérage effectué par le médecin traitant, à l'écoute des malades et de leurs familles. » (p. 37). Il est surprenant de ne pas voir solliciter les psychiatres notamment quand l'exemple de diagnostic différentiel porte sur la dépression.

Quand à **l'annonce du diagnostic** au patient et à sa famille et l'accompagnement qui s'y attache, il est réservé au « neurologue, au gériatre et médecin généraliste » (p. 40).

Il est également fait référence à la création de « méthodes de recherche dans les domaines insuffisamment explorés des thérapies non médicamenteuses, des thérapies comportementales et cognitives, de la techno-gérontologie, de l'aide sociale [...] ». Or, une lecture psychodynamique, et/ou systémique, peut contribuer aussi bien à mettre en exergue certains déterminants du tableau clinique démentiel qu'à mettre en place une stratégie thérapeutique adaptée. Néanmoins, ces orientations psychothérapeutiques ne sont pas mentionnées.

Une des mesures propose la « création d'une fondation de coopération scientifique fédérant les équipes de recherche en sciences du vivant, de la santé et des sciences humaines sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées » (p. 29). Là encore, le psychiatre n'est pas considéré comme un partenaire possible à la réflexion sur une problématique s'apparentant aux sciences humaines.

Le rapport ainsi que le plan Alzheimer 2008-2012 insistent sur l'idée de créer du lien, de fédérer sous une forme pluri-professionnelle et interdisciplinaire. En effet, avec le rôle de coordonnateur régional des consultations mémoires et au vu des différents professionnels qui travaille en son sein, le CMMR est le siège d'une interdisciplinarité.

3. Les CMRR et l'interdisciplinarité

Les CMRR représentent un dispositif régional qui fait intervenir des compétences multidisciplinaires (gériatres, neurologues, psychiatres, médecins généralistes, psychologues, infirmières, orthophonistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes et assistantes sociales) mais aussi transmurales (secteurs ambulatoires et hospitaliers, accueils, centres et hôpitaux de jour, structures spécialisées et réseaux, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, centres locaux d'information et de coordination).

Cette étroite collaboration entre les différents intervenants médico-psycho-sociaux introduit les notions d'inter-, trans- et multi-disciplinarité qui ne peuvent être indissociable des centres mémoire.

La *pluri-* ou *multi-disciplinarité* fait intervenir, dans une tâche de soin commune, plusieurs disciplines qui se respectent mutuellement, dans leur identité et leur mode d'interventions spécifiques auprès du malade⁴¹ (Richard, J.). Autrement dit, elle implique la coexistence de chaque discipline dans leur action propre dans un objectif de soin commun.

« L'*inter-disciplinarité* fait travailler ensemble des personnes issues de diverses disciplines et vise à décloisonner les approches de chacun »¹²⁸ (Hazif-Thomas, C.). Elle suppose « *un échange de modèles et de points de vue* »⁴¹.

« La *trans-disciplinarité*, inventée par Jean Piaget¹²⁹, vise à produire une richesse scientifique et intellectuelle qui a pour objectif la compréhension de la complexité des situations biomédicosociales des malades âgés ». Elle est à la fois « entre, à travers et au-delà de toute discipline »¹²⁸.

Richard J.⁴¹ souligne que la « transdisciplinarité offre, en psychiatrie gériatrique, un lieu de réflexion et de régulation du fonctionnement conjoint de plusieurs disciplines qui, entre elles, se structurent dans et par leur complétude, en préservant leur identité ».

Plus les regards sont variés (pluridisciplinarité), plus les analyses sont croisées et pertinentes (interdisciplinarité), plus la réalité est appréhendée.

Toute la difficulté, pour les différents intervenants du soin, est d'admettre l'idée d'une certaine incomplétude de leur approche. Autrement dit, chacun des intervenants doit accepter l'opinion de l'autre comme différente de la sienne, sans renoncer à sa conception théorique. Une lecture partagée de la situation du malade permet de développer un espace de réflexion devant celle-ci pour que le diagnostic ne soit pas d'emblée plaqué, mais puisse évoluer au fur et à mesure de l'enrichissement du système de connaissances.

L'actualisation des connaissances ne doit pas se fermer au cours du temps. Pour accéder aux besoins réels du malade, au fur et à mesure de sa trajectoire de vie, les soignants doivent pouvoir intégrer et adapter certaines de leurs connaissances au mieux, bien que celles-là ne soient jamais totales. Les équipes doivent faire en sorte qu'il y ait toujours un « espace de possibles » pour une actualisation adaptée des soins.

Cet aspect met l'accent sur la place de chacun dans l'équipe. L'avis des uns et des autres pourra enrichir la problématique d'un patient au sens non seulement pluri- et interdisciplinaire, mais aussi transdisciplinaire. Effectivement, il aidera à « revisiter » l'interprétation commune dont a fait l'objet le patient, soit lors d'un staff, soit lors d'une réunion d'équipe, qui peut encore être appelée réunion clinique, ou de synthèse.

B. Enquête dans les différents centres mémoire de ressource et de recherche (CMRR) de France.

Au cours de cette année, j'ai pu prendre connaissance du fonctionnement du CMRR nantais en réalisant le diplôme universitaire (DU) « diagnostic et prise en charge des démences ». En effet, le DU proposait d'aborder le sujet à la fois sur le plan théorique et sur le plan pratique avec une participation aux consultations mémoire. C'est ainsi que sont nés certains questionnements à propos de la place du psychiatre au sein de ces centres. Effectivement, la place de la psychiatrie, de manière plus globale, dans le contexte des pathologies de la mémoire n'est plus si évidente que par le passé. En revanche, il n'est plus à discuter la place de la neurologie dans ce cadre. De la même façon, en touchant plus fréquemment des patients âgés, les pathologies démentielles impliquent d'elles-mêmes le gériatre.

Nous avons voulu faire un état des lieux de l'activité et du rôle du psychiatre dans les différents CMRR de France via un questionnaire. Il s'agissait de montrer l'intérêt de la présence d'un psychiatre dans un CMRR par le biais de l'activité, de l'évaluation diagnostique, et des modalités de prise en charge.

1. Matériel et méthode

a. Type d'étude

Cette étude descriptive concernait les 25 CMRR existant en France. Elle a été réalisée durant trois mois, de mi-Juin à mi-Septembre 2009. Les responsables des différents CMRR ont été préalablement contactés par mail et/ou par téléphone afin de les informer du lancement de cette enquête.

Nous avons donc envoyé 25 questionnaires (cf. annexe 10) par deux modes différents, courrier papier et électronique, destinés aux médecins responsables de chaque CMRR, ainsi qu'aux psychiatres travaillant dans ces centres, si la profession y était représentée.

Pour la création de ce questionnaire, nous nous sommes inspirés du « corpus d'information minimum maladie d'Alzheimer » extrait du plan Alzheimer 2008-2012 et nous l'avons élaboré avec l'aide du Dr Jaulin psychiatre intervenant au centre mémoire nantais, du Dr Burgos, psychiatre au centre hospitalier de Montbert, et du Pr Vanelle, Professeur universitaire intervenant en psychiatrie de liaison.

b. Instruments d'évaluation

La première partie du questionnaire comprenait les éléments d'ordre administratifs (nom et adresse du centre, nom du responsable, année de création, et localisation du CMRR en un ou plusieurs sites).

La deuxième partie précisait le fonctionnement du centre : constitution de l'équipe, nombre de patients suivis et nombre de nouveaux patients accueillis par an tous professionnels confondus, présence de structures spécialisées associées. La dernière partie était consacrée plus particulièrement à la fonction de psychiatre dans le centre :

- son **activité** : nombre total de patients suivis, nombre de nouveaux patients vus en consultation, orientation du patient vers la consultation psychiatrique ;
- son **rôle dans l'évaluation diagnostique** : diagnostics posés, outils d'évaluation utilisés ;
- son **rôle dans la prise en charge** du patient et de la famille ;
- son **rôle dans l'institution et le lien** entre les différents professionnels.

Les trois derniers items étaient des questions ouvertes par rapport au fonctionnement du centre, à la prise en charge du patient, et à la place de la psychiatrie en CMRR.

c. Analyse statistique

Le nombre de questionnaires inclus dans cette étude durant cette période de trois mois correspond au nombre de questionnaires reçus soit par courrier soit par mail remplis par un médecin travaillant en CMRR.

Une analyse descriptive des données a été effectuée. Les résultats sont exprimés en moyennes (variable quantitatives) ou en pourcentage (variables qualitatives).

2. Résultats

Nous avons reçu douze réponses aux questionnaires envoyés sur les seize accords préalables, soit par mail soit par courrier donc un retour de 48 %. Les résultats concernent un échantillon de 12 CMRR correspondant aux questionnaires reçus, seul critère d'inclusion. Quatre des CMRR sur les 13 non répondants nous ont souligné leur impossibilité de répondre au questionnaire par manque de temps. Un des centres a pu nous faire part de la difficulté pratique à remplir le questionnaire sachant que le CMRR est décomposé sur plusieurs sites et que plusieurs psychiatres intervenaient.

Certains professionnels nous ont fait part de leur réticence à transmettre ces données sachant que l'enquête n'était pas anonyme.

Les autres centres ont été perdus de vue.

Tous les items de l'enquête n'ont pas été remplis correctement, nous avons donc décidé d'exclure par item les CMRR où les professionnels n'ont pu répondre comme ce qui avait été attendu.

a. Caractéristiques des CMRR

Parmi les 12 CMRR étudiés, la spécialité du responsable varie entre neurologue, gériatre et psychiatre.

Les responsables neurologues représentent 71 % de l'échantillon (N= 10) contre 14 % pour les responsables psychiatres (N=2). Nous observons dans 14 % des cas également une double responsabilité neurologue-gériatre (N=2).

Par rapport à l'année de création des centres, 1 centre a été créé avant 2000 et 9 après. Deux villes n'ont pu répondre à cet item.

La répartition géographique des centres montre que 67 % d'entre eux sont organisés en multi-sites (N= 8), contre 33 % sur un site unique (N=4).

b. Fonctionnement du centre

- Activité (N=11)

L'activité moyenne annuelle des CMRR en France tous professionnels confondus est de 2421 consultations.

Par an, la moyenne de nouveaux patients accueillis en consultation, tous professionnels confondus, est de 786.

- Composition de l'équipe (N=11)

Le **tableau 3** et la **figure 1** représentent, pour le premier, la composition de l'équipe du centre en terme de présence en équivalent temps plein ainsi que la correspondance en pourcentage, pour la deuxième, la représentation des différents professionnels en pourcentage.

La profession la plus représentée en CMRR est la neuropsychologie (moyenne de 2,49 équivalent-temps-plein).

Les kinésithérapeutes et les psychomotriciens sont, eux, les moins présents avec un temps autour de 0,04 équivalent-temps-plein en moyenne.

Nous pouvons noter que les psychiatres sont représentés à la hauteur de 2,5%, ce qui équivaut en moyenne à 27% de temps en CMRR.

Le **tableau 4**, quand à lui, met en exergue la proportion de professions absentes au sein des différents CMRR.

Composition de l'équipe	Moyenne de l'activité en équivalent temps plein (ETP)	Représentation en % de la moyenne de l'activité
gériatre	1,14	10,8
neurologue	1,10	10,5
psychiatre	0,27	2,5
psychologue	0,32	3
neuropsychologue	2,49	23,6
orthophoniste	0,37	3,5
kinésithérapeute	0,04	0,4
psychomotricien	0,04	0,4
ergothérapeute	0,14	1,3
secrétaire	1,66	15,7
assistante sociale	0,44	4,1
IDE (infirmier diplômé d'état)	1,86	17,7
aide-soignante	0,27	2,6
ARC	0,38	3,6

Tableau 3 : Composition de l'équipe en CMRR, moyenne de l'activité en équivalent temps plein et proportion des différentes professions.

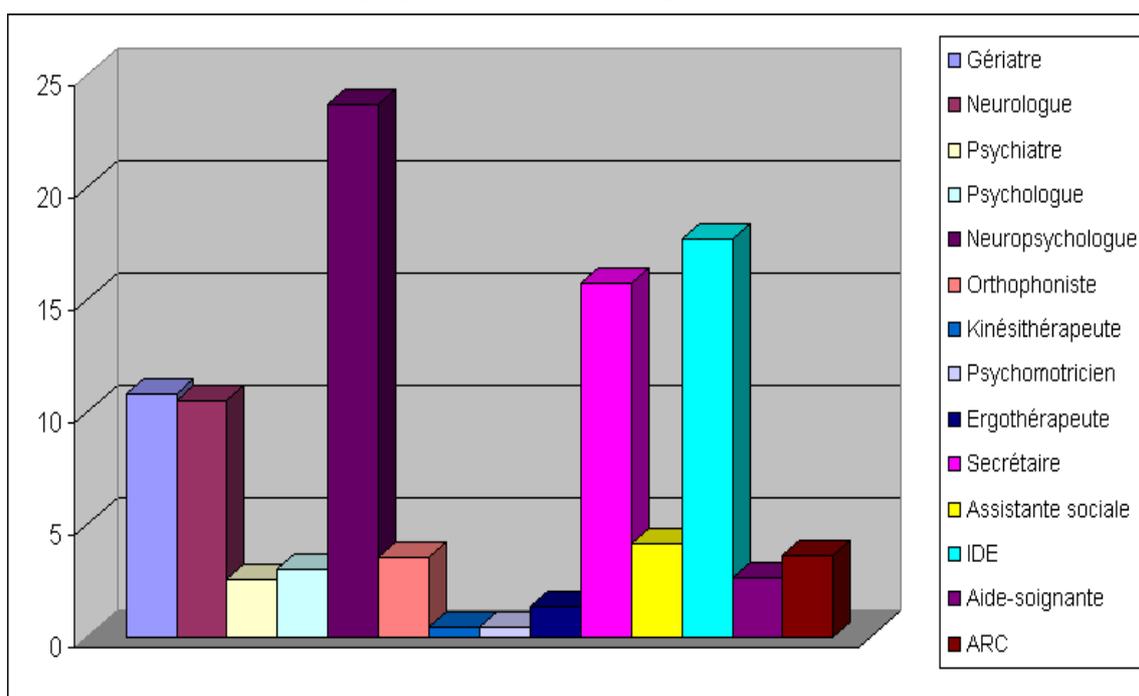


Figure 1 : représentation des différentes professions présentes en CMRR et leur proportion

Spécialités	% de CMRR	N= (/11)
kinésithérapeute	91%	10
psychomotricien	91%	10
ergothérapeute	82%	9
Aide-soignante	82%	9
psychologue	55%	6
ARC	45%	5
psychiatre	27%	3
orthophoniste	27%	3
Assistante sociale	27%	3
IDE	27%	3
gériatre	9%	1
neurologue	9%	1
neuropsychologue	9%	1
secrétaire	0%	0

Tableau 4 : Tableau représentant la proportion des spécialités absentes dans les différents CMRR.

Dans 36% des CMRR, nous pouvons noter l'absence de psychiatre.

Le poste de secrétaire est un poste constant au sein des CMRR étudiés.

Dans 75% des cas (N=9/12), les CMRR disposent d'une structure spécialisée associée (comme par exemple : hôpital de jour).

c. La fonction du psychiatre

Notons que désormais l'échantillon se réduit à 9 puisque trois des centres ayant répondu à l'enquête n'ont pas de psychiatre en leur sein.

- **Activité**

- La moyenne de l'activité annuelle globale du psychiatre est de 397 consultations, sachant que nous avons obtenu 7 réponses à cet item.

- La moyenne de nouveaux patients accueillis par an est de 163. Trois des CMRR n'ont pas répondu à cet item.

- La part de l'activité du psychiatre par rapport à l'activité du centre tous professionnels confondus (à l'exclusion des psychiatres) est en moyenne de 16%.

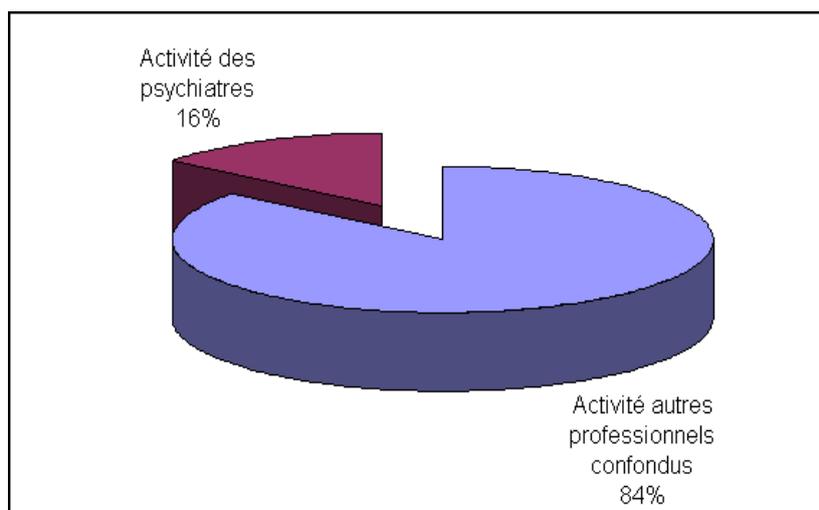


Figure 2 : rapport entre activité globale moyenne du psychiatre et autres professionnels

Dans 44% des cas, les psychiatres peuvent recevoir les patients en première ligne (N= 4/9).

- Orientation vers la consultation (N=9) : **tableau 5**

- Dans 9 centres sur 9, ce sont les neurologues et gériatres qui adressent le patient à la consultation psychiatrique. Les médecins traitants ainsi que d'autres professionnels adressent leurs patients dans 5 centres sur 9. Le patient lui-même peut consulter un psychiatre directement dans 3 centres sur 9.

Orientation par :	Nombre de centres concernés (/9)
neurologue	9/9
gériatre	9/9
autre professionnel	5/9
médecin traitant	5/9
patient lui-même	3/9

Tableau 5 : orientation vers la consultation psychiatrique

- **Caractéristiques du poste (N=9) : figure 3**

Dans 78% des cas (N=7/9), le psychiatre conserve une activité de secteur en parallèle de son activité en CMRR. Aucun des psychiatres interrogés n'a d'activité en libéral. 56% (N=5/9) d'entre eux présentent une activité universitaire associée. L'activité de recherche et de formation sont également présentes pour 67% d'entre eux (N=6/9). Dans « autres activités », qui représentent 33% du temps (N= 4/9), ont été individualisées une activité de liaison, d'information auprès du public ainsi qu'une « prise en charge et un suivi de patients Alzheimer dans leur globalité ».

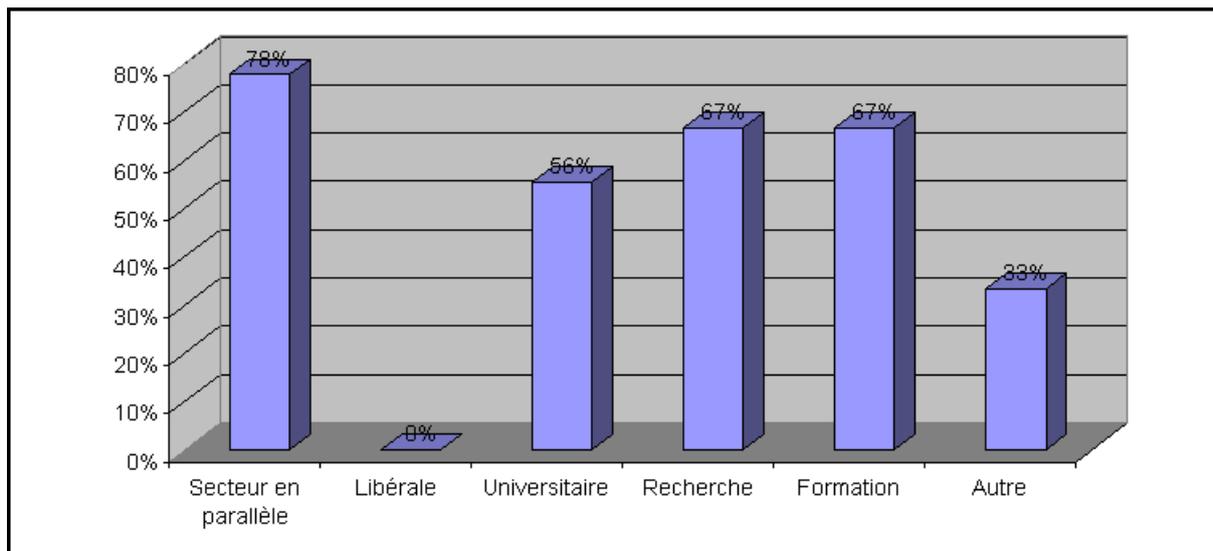


Figure 3 : caractéristiques du poste de psychiatre

- **Diagnostics (N=5) : tableau 6**

- Parmi les diagnostics les plus souvent rencontrés en CMRR par le psychiatre, notre échantillon se réduit à 5. Nous nous sommes appuyés sur les critères de la Classification Internationale des Maladie (CIM-10) pour construire cet item. Le **tableau 6** résume la proportion moyenne des diagnostics rencontrés en CMRR :

Diagnostics (critères CIM-10)	Fréquence (en %)
Troubles de l'humeur (F30-39)	26
trouble dépressif isolé	14
trouble dépressif récurrent	11
autres	3
Troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et troubles somatomorphes (F40-48)	21,5
trouble anxieux	8
trouble anxio-dépressif	6
état de stress post-traumatique	5
autres	1,5
Troubles de la personnalité (F60-F69)	9,8
Troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-F19)	2
Schizophrénie, troubles schizotypiques (F20-29)	1
Plainte mnésique (R41-3)	8
MCI amnésique	6
MCI autres	1,9
Maladie d'Alzheimer	16
Démence Fronto-temporale	4,7
Démence sémantique	2,5
Démence vasculaire	4,5
Démence mixte	2,1
Démence à corps de Lewy	7,8
Autres	10,2

Tableau 6 : proportion des diagnostics

- Outils d'évaluation utilisés en CMRR par le psychiatre (N=8) : **Figure 4**

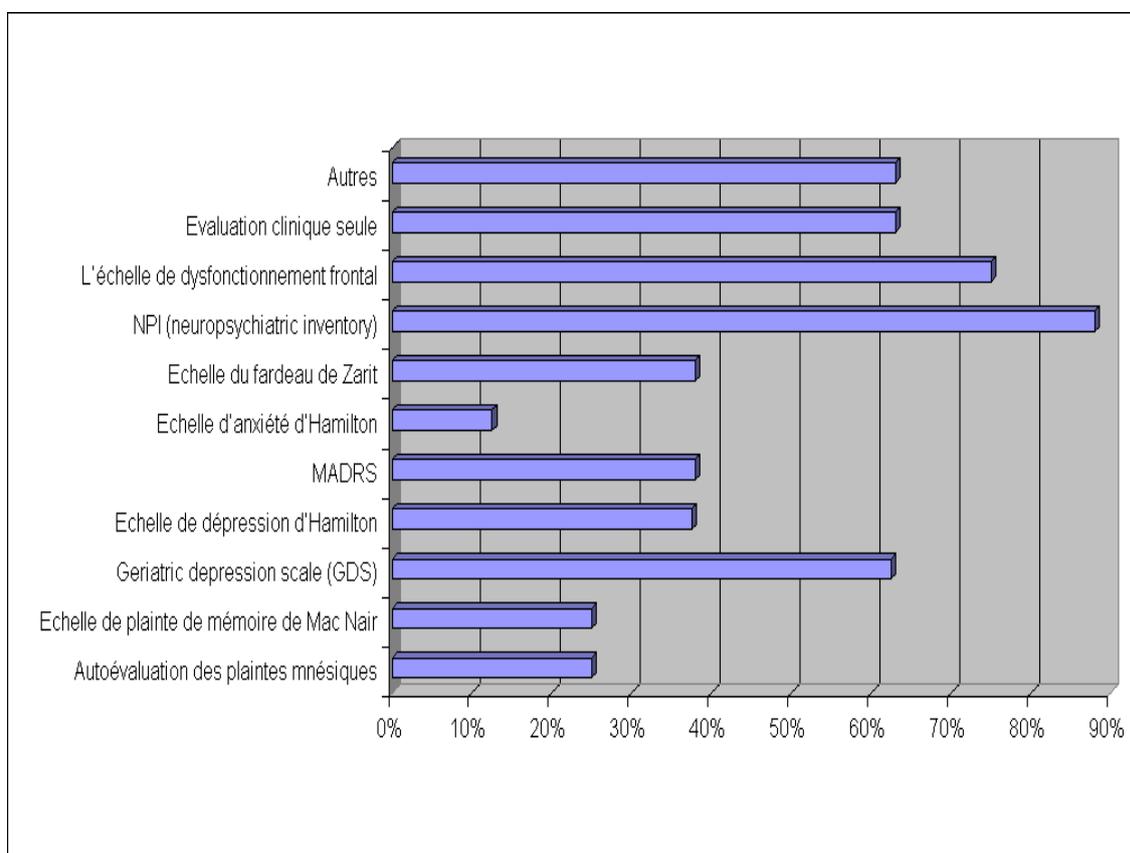


Figure 4 : outils d'évaluation éventuellement utilisés dans l'aide diagnostique

Nous pouvons remarquer que le NeuroPsychiatric Inventory (NPG) est le test le plus fréquemment utilisé (88 %, N=7/8). En deuxième position arrive l'échelle de dysfonctionnement frontal (EDF) utilisée par les psychiatres dans 6 centres sur 8 (75 %), puis, la Geriatric Depression Scale (GDS) dans 5 centres sur 8 (63 %). Dans les mêmes proportions que la GDS, d'autres outils peuvent servir aux psychiatres.

Sont cités par exemple les tests d'évaluation de la mémoire, des fonctions exécutives et du langage comme le MMS, la BREF, le test de l'horloge, les fluences verbales, la dénomination. L'échelle de dépression de Beck, l'inventaire apathie et la Cornell Depression Scale sont également nommées. Certains utilisent aussi en collaboration avec les psychologues les tests projectifs type Rorschach et le TAT (Thématique Aperception Test). Deux centres ont répondu à « autres », l'un sans préciser le type de test utilisé et l'autre de manière illisible.

A noter que l'évaluation clinique sans test associé représente dans 63 % des cas la seule méthode utilisée par le psychiatre en entretien (N= 5/8).

- Par rapport à l'orientation dans la prise en charge (N=8) : **tableau 7**

Un centre n'a pas répondu à cet item.

L'activité d'évaluation diagnostique arrive en tête et concerne la totalité des psychiatres des centres (N=8/8).

On peut noter l'absence d'activité type thérapie familiale dans tous les centres étudiés, en revanche des rencontres familiales sont possibles dans 7 centres sur 8.

Le suivi psychiatrique existe en CMRR à type soit de suivi ponctuel, soit d'entretiens plus psychothérapeutiques (N= 7/8).

A moindre échelle, dans 3 centres sur 8 le psychiatre anime ou co-anime des groupes ou médiations thérapeutiques.

Orientations dans la prise en charge	Nombres de centres concernés (/8)
Activité d'évaluation diagnostique	8/8
Suivi ponctuel	7/8
Possibilité de suivi individuel psychothérapeutique	7/8
Possibilité de rencontre familiale	7/8
Thérapie familiale	0/8
Possibilité d'animation de groupe ou médiation thérapeutique	3/8

Tableau 7 : orientations dans la prise en charge du psychiatre

- Par rapport à la fonction auprès de l'institution et des liens entre les différents professionnels (N=8) : **tableau 8**

Un centre n'a pu répondre à cet item. Dans 7 centres sur 8, il existe des reprises cliniques ainsi que des staffs pluridisciplinaires. Dans tous les CMRR de notre échantillon sont présentes des synthèses cliniques et des rencontres entre professionnels des CMRR et des consultations mémoire de proximité.

Nous avons demandé de préciser si le psychiatre était présent lors de ces réunions, nous n'avons obtenu qu'une réponse sur l'ensemble de notre échantillon où le psychiatre assistait à l'ensemble de ces rencontres pluridisciplinaires.

Présence de réunions type :	Nombre de centres concernés (/8)
Reprises cliniques	6/8
Synthèses cliniques	7/8
Staffs pluridisciplinaires	7/8
Rencontres entre professionnels du CMRR et des consultations mémoire de proximité	8/8

Tableau 8 : réunions pluridisciplinaires

- Par rapport au suivi (N=8)

8 centres ont répondu à cet item, mais de manière incomplète. Nous avons demandé de donner la proportion de patients orientés vers tel ou tel suivi mais les données sont difficilement interprétables.

Dans l'ensemble des centres étudiés, les psychiatres orientent leur patient, si nécessaire, vers un psychiatre en libéral ou vers le secteur psychiatrique en centre médico-psychologique.

Dans 6 centres sur 8, le suivi peut être assuré par le psychiatre du CMRR, ou par un autre professionnel du centre (psychologue). Egalement 6 des 8 centres utilisent des structures spécialisées (type unité psychogériatrique) dans la prise en charge.

- Question ouvertes (N=9)

Plusieurs points sont mis en relief par les professionnels à propos du fonctionnement actuel des CMRR.

En premier lieu, plusieurs centres (6/9) font la remarque d'une **insuffisance moyen** alloué au CMRR à la fois en terme de :

- « **temps médical** », et autres (infirmières, assistantes sociales) ;
- « **temps pour la recherche** » ;
- « **structures associées** » type hospitalisation de jour, unité d'hospitalisation courte pour séjour de rupture par exemple, ou unités d'hospitalisation orientée vers les problématiques démentielles associées à des unités d'hospitalisation dédiées à la gérontopsychiatrie;
- « **locaux adaptés** ».

Le « manque de psychiatre » de part à **démographie médicale** est aussi cité comme une des limites à la représentation de la psychiatrie en CMRR (2/9).

L'existence de **plusieurs sites** est signifiée comme étant un frein à « un travail de quantification précise de l'activité et des moyens » (1/9).

Ce qui est également évoqué est un **problème de « positionnement du centre vis-à-vis des secteurs »** (1/9).

Les attentes concernant l'amélioration du fonctionnement du centre sont axées sur :

- une meilleure « **implication** de la psychiatrie » (3/9) ;
- une « **augmentation du temps de psychiatre** » au vu de l'activité clinique croissante ainsi que pour la recherche (6/9) ;
- l'importance de garder « une certaine **liberté** dans l'entretien » et de ne pas avoir d' « obligation de réponse standardisée » (1/9) ;
- la « **création de poste** de médecin dédié au CMRR » (4/9);

Par rapport à la place du psychiatre en CMRR, sont mis en avant le:

- rôle **d'évaluation diagnostique et d'orientation**, avec pour ce dernier des remarques concernant la problématique de la demande du patient et du peu d'intérêt des psychiatres, soit en libéral soit en secteur, pour la psychiatrie du sujet âgé (4/9);
- rôle dans le **fonctionnement pluridisciplinaire** du centre (2/9);
- rôle **d'aide à la lecture des cas complexes** (2/9);
- rôle auprès du patient en terme de **réponse psychothérapeutique non médicamenteuse** à lui apporter (2/9) ;
- rôle auprès des **aidants** (1/9);
- rôle dans **l'évaluation et la prise en charge des troubles psychocomportementaux** (3/9);
- rôle dans l'évaluation des **troubles psychiatriques** dont notamment les troubles de l'humeur (1/9);

3. Discussion

a. Limites méthodologiques

Les résultats de cette étude doivent être pondérés du fait de certaines limites méthodologiques.

Dans un premier temps, la **taille de notre échantillon** est relativement faible, sachant que le taux de retour des questionnaires est de 12/25.

Nous avons donc une vision assez parcellaire de l'activité du psychiatre en CMRR. Quelle analyse peut-on faire de ce manque de participation ?

D'une part, le **questionnaire** qui est assez **long**, requière une recherche méthodologique de l'activité chronophage qui peut rebuter. Les professionnels ont bien souligné qu'ils n'ont pu répondre par manque de temps. Pour une prochaine étude, la conception d'un questionnaire plus court favoriserait le taux de réponse.

De plus, le **caractère nominatif** des questionnaires additionné aux items témoignant de l'activité des centres a freiné les réponses de certains. Notons, par ailleurs, que le contexte

socio-politique actuel avec les mesures de réformes de l'hôpital n'a peut-être pas favorisé notre étude.

Néanmoins, l'anonymat est à penser pour une prochaine étude.

Dans un deuxième temps, la **totalité des items n'a pas été correctement remplie**, ce qui peut soulever plusieurs questionnements.

Est-ce un oubli de la part des professionnels ? Le questionnaire a-t-il été bien conçu ? Les propositions étaient-elles trop « fermées » ou ne correspondaient-elles pas à l'activité des psychiatres en CMRR dans certaines villes ?

Nous pouvons noter un très faible taux de participation à l'item sur les diagnostics.

Effectivement, la **manière assez dichotomique de catégoriser** les patients a pu mettre en difficulté les différents professionnels. Navons fait concorder sur le même niveau, les diagnostics « psychiatriques » et « neurologiques » ainsi que certain symptôme comme notamment la plainte mnésique, ce qui a pu introduire un biais dans la réponse aux questions.

Nous pourrions envisager, lors d'une prochaine étude, à transformer cette question en question ouverte en proposant aux psychiatres leurs avis sur les diagnostics les plus fréquemment rencontrés en consultation mémoire.

Les deux derniers items se sont également avérés décevant quant aux taux de réponse. Nous pensons que là encore la **formulation** de l'item a entraîné une certaine confusion dans les réponses. Le fonctionnement des centres face à la transdisciplinarité et à l'orientation psychothérapique des patients nous semble néanmoins pertinent à questionner. De même, des questions ouvertes seraient un moyen, dans un autre travail, d'avoir une représentation plus fiable face à ces questions.

b. Discussion des résultats

Cette étude avait pour fonction de faire une photographie de la place du psychiatre dans les différents CMRR de France selon plusieurs angles à la fois quantitatifs et qualitatifs.

Nous l'avons évoqué, la question de la place de la psychiatrie dans le champ des maladies de la mémoire n'est plus si évidente que par le passé. Néanmoins, cette étude montre une assez bonne représentation de la psychiatrie au sein des CMRR (64%, 7/11). Notre faible échantillon ne nous permet évidemment pas de conclure de manière significative à la représentation dans plus de la moitié des cas de notre spécialité dans ces centres. De plus, nous pouvons faire l'hypothèse que les centres disposant d'un temps de psychiatre ont

probablement été plus enclin à répondre à l'étude que les autres, ce qui constitue un **biais de recrutement**.

De grandes disparités entre les villes ont été relevées au niveau des temps de présence en CMRR des psychiatres allant de 0,05 à 1 équivalent-temps-plein (moyenne à 0,27 ETP en moyenne). La **différence de moyens financiers** entre les hôpitaux, attribués à la création de postes médicaux, contribue probablement, dans une certaine mesure, à cet écart assez spectaculaire. La **vision des responsables** des centres sur la **place de la psychiatrie** dans la prise en charge des pathologies de la mémoire nous semble également un facteur déterminant. L'orientation très axée en neurobiologie contribuerait-elle à une mise à l'écart de la psychiatrie et au non-développement de poste ?

Par ailleurs, l'activité moyenne du psychiatre est étonnement élevée (16% de l'activité globale du CMRR) malgré le faible temps de présence. Ceci signifie donc qu'il y a une **réelle demande et indication** à la consultation psychiatrique. Cela soulève plusieurs interrogations. Y aurait-il une insuffisance de moyens contribuant à limiter finalement l'activité de la psychiatrie dans ces centres comme le confirmerait les avis des différents professionnels des centres ?

Y-auroit-il des **résistances** des autres disciplines à ce que la psychiatrie occupe une place plus prépondérante ?

Une **faible appétence** des psychiatres à intervenir dans ce cadre de soin, auprès de ce type de population, ou de pathologies, engendrerait-elle cette faible représentation en termes de temps ?

La **démographie médicale** des psychiatres et leur disponibilité n'ont-elles pas également une certaine influence ?

Le **manque de formation** en psychiatrie du sujet âgé peut-il contribuer au faible intérêt des psychiatres pour ce type de travail ?

Nous pouvons noter que la problématique de la démographie médicale ainsi que du manque d'intérêt des psychiatres à la psychiatrie du sujet âgé sont évoquées également par certains CMRR.

Il peut être étonnant de remarquer, de plus, un investissement de certains psychiatres à des rôles clés des CMRR, effectivement dans 14% des cas (N=2/12) le responsable du centre est un psychiatre. L'intérêt porté à la psychiatrie du sujet âgé dans certaines villes depuis de nombreuses années est probablement en lien avec ce résultat.

Par rapport aux missions et objectifs pointés par la circulaire de 2002, notre étude met en évidence certains écueils.

En effet, la circulaire insiste sur les moyens humains à allouer au CMRR comme notamment « neurologue, gériatre, psychiatre, neuropsychologues, infirmière, orthophoniste, assistante sociale, secrétaire, attaché de recherche clinique » (ARC). Or, dans notre étude, dans 3 centres sur 11, nous pouvons noter l'absence de psychiatre, orthophoniste, assistante sociale, infirmière, dans 5 centres l'absence d'ARC, et dans un centre l'absence de gériatre et de neurologue. Dans 3 centres sur 12 il n'existe pas de structures type hôpital de jour qui, là encore, était l'un des moyens à mettre en place souligné par la circulaire.

Dans tous les centres étudiés, les patients sont orientés par les neurologues et les gériatres vers la consultation psychiatrique. Ceci reflète bien une des caractéristiques des CMRR qui est la transdisciplinarité.

La caractéristique principale du poste de psychiatre en CMRR est d'avoir une activité de secteur en parallèle (N=7/9).

L'expérience du secteur psychiatrique, par la familiarité avec les enjeux institutionnels notamment, serait-elle un atout pour le travail en centre mémoire ? Le manque de moyen alloué à la psychiatrie pour le travail avec les pathologies de la mémoire se répercuterait-il sur le secteur ? Effectivement, nous pouvons imaginer que ce sont les psychiatres de secteur qui interviennent ponctuellement dans le cadre d'une activité de liaison en CMRR.

A la lecture de notre étude, les troubles de l'humeur (26%) et les troubles anxieux (21%) sont les diagnostics les plus fréquemment rencontrés en CMRR. Notre échantillon, pour cet item, est néanmoins très faible (N=5) et les résultats sont peu représentatifs.

Nous pouvons, tout de même, nous interroger sur la faible représentation de la plainte mnésique. Ce symptôme échapperait-il parfois aux cliniciens ? Serait-il noyé dans un autre diagnostic (somatique ou psychiatrique) ?

Le repérage de la plainte mnésique nécessiterait-il une lecture plus spécifique, et notamment psychodynamique ?

La prépondérance de l'activité d'évaluation diagnostique, qui est majoritaire dans les centres mémoires, recouvre néanmoins des disparités. Nous avons remarqué, par une analyse individuelle, que les centres fonctionnent différemment.

Dans plusieurs CMRR, les psychiatres semblent avoir un rôle plus spécifique dans l'évaluation des troubles psycho-comportementaux de la démence, ce qui est mis en exergue par l'utilisation préférentielle et massive des tests types NPI et EDF.

D'autres semblent avoir une activité clinique plus globale et utilisent en plus de ces échelles, des outils d'évaluation des troubles de l'humeur avec notamment la GDS.

Néanmoins, il reste une grande proportion de centres (5/8) où le psychiatre n'utilisent aucun outil d'évaluation et s'attelle, lors de l'entretien clinique, à évaluer l'état clinique du patient.

Nous avons pu observer que l'évaluation de la plainte mnésique est faiblement réalisée par des questionnaires d'autoévaluation type Echelle de Mac Nair (dans 2 centres sur 8). Y-a-il une différence dans l'évaluation de troubles psychocomportementaux et de la plainte mnésique ? Ne pourrions-nous pas penser que les troubles psycho-comportementaux sont peut-être plus facilement « évaluables » par des tests standardisés ?

Nous l'avons vu, la plainte mnésique psychogène est plurifactorielle et l'approche psychodynamique peut nous permettre une lecture bien spécifique de celle-ci. L'approche de la plainte mnésique par une évaluation standardisée est peut-être trop réductrice, compte tenu de ses aspects subjectifs. De plus, la plupart de ces tests, évaluant le fonctionnement de la mémoire, sont réalisés par les neurologues, gériatres et neuropsychologues en CMRR.

Le psychiatre doit-il s'inscrire dans la même dynamique que ses confrères avec une passation des tests lors des consultations ?

Notre étude a pu mettre en évidence que l'aide à l'évaluation diagnostique n'était pas le seul rôle dévolu au psychiatre en CMRR. En effet, dans 7 centres sur 8, le psychiatre a également un rôle dans le suivi des patients qu'il soit ponctuel, ou plus à visée psychothérapique, individuel ou familial. Néanmoins, nous sommes frappés par l'absence de mise en place de thérapie familiale en CMRR, qui nous semble-t-il serait une piste à étudier tant les liens peuvent être tenus entre les symptômes individuels et le fonctionnement familial.

Les liens entre les divers professionnels sont bien présents en CMRR. Nous avons observé qu'une majorité de CMRR fonctionnait avec des reprises, synthèses clinique ou staffs pluridisciplinaires. Il nous semble fondamental de pouvoir penser ensemble et de tenter d'avoir une lecture globale du symptôme afin d'accompagner au mieux le patient et ses proches.

Le psychiatre a aujourd'hui une place assez bien définie en CMRR :

- a. il est représenté dans un certain nombre de centre conformément à la circulaire de 2002 ;
- b. il participe aux diagnostics des cas complexes, à la frontière somato-psychique, au côté des autres professionnels dans une approche pluridisciplinaire ;
- c. il aide à l'évaluation diagnostique de la plainte mnésique, des troubles psychiatriques et des troubles psycho-comportementaux des démences ;
- d. il représente le lien entre le patient et le réseau existant en terme de suivi et de prise en charge ;
- e. il a sa place dans une prise en charge psychothérapeutique du patient ;

Nous allons voir, dans notre dernière partie, ce que nous pouvons apporter, en tant que psychiatre en CMRR, dans la prise en charge du patient et de sa famille dans une lecture psychodynamique du symptôme qu'est la plainte mnésique.

Partie 4
L'apport d'une lecture psychodynamique dans la prise en charge de la plainte mnésique en CMRR

A. De la signification au lien, pour le patient et les soins.

*« Nous ne sommes pas seulement corps, ou seulement esprit,
Nous sommes corps et esprit tout ensemble. »*

Georges Sand (extrait de : Histoire de ma vie)

1. Une approche psychodynamique peut-elle être utile dans l'accompagnement d'une plainte mnésique ?

Le vieillissement nous confronte à la perspective de la mort, qui, comme nous l'avons esquissé précédemment, provoque une crise existentielle et des remaniements psychiques importants. L'acceptation de notre finitude impose un certain travail sur soi qui aboutit chez certain, et qui réclame l'aide d'un tiers pour d'autres.

Pour ceux qui rencontrent des difficultés à se dégager d'un enlèvement névrotique, le travail psychique peut s'avérer précieux puisqu'il peut permettre une réduction en termes de souffrance et une libération d'énergie. Le sujet libéré de certaines dépenses coûteuses peut alors se consacrer à des tâches plus heureuses que celle qui consiste à lutter contre la peur de la mort. Après un rapide survol historique de quelques travaux essentiels consacrés aux aspects psychodynamiques de la vieillesse et à des possibilités psychothérapeutiques chez la personne âgée, nous verrons en quoi un travail thérapeutique par une approche psychanalytique peut s'avérer intéressant dans la prise en charge d'une plainte mnésique.

a. Rappel historique au sujet de la psychanalyse du sujet vieillissant

En dépit du pessimisme de Freud, de nombreux psychanalystes se sont penchés sur le problème du fonctionnement de l'inconscient au cours de la vieillesse et des possibilités thérapeutiques qui en découlent.

Freud, effectivement, exprime une opinion bien négative dans le « collège des médecins » à Vienne en 1904 quand aux possibilités de travail psychanalytique avec le sujet vieillissant¹³⁰. Il dit que « *l'âge des malades entre en ligne de compte lorsqu'on veut établir leur aptitude à*

être traités par la psychanalyse. En effet, les personnes ayant atteint ou dépassé la cinquantaine ne disposent plus de la plasticité des processus psychiques sur laquelle s'appuie la thérapeutique ».

Ferenczi¹³¹ en 1921 n'a fait qu'accentuer cette position déjà assez radicale : *« l'homme a tendance, en vieillissant, à retirer les « émanations de sa libido » des objets de son amour, et à retourner sur son Moi propre l'intérêt libidinal dont il dispose probablement en moindre quantité. Les gens âgés redeviennent comme des enfants, narcissiques, perdent beaucoup de leurs intérêts familiaux et sociaux, une grande partie de leur capacité de sublimation leur fait défaut, ils deviennent cyniques, méchants et avares ; autrement dit leur libido régresse à des étapes pré-génitales du développement et prend souvent la forme franche de l'érotisme anal et urétral[...] ».*

En 1920, **Abraham**¹³² tend à redresser et assouplir ces jugements et de dire : *« il semble injuste de dénier la possibilité thérapeutique concernant les névroses d'involution. La psychanalyse en tant que science a bien plutôt à chercher si sa méthode curative peut donner des résultats à un âge tardif et dans quelles conditions ».* Il rajoute qu'au cours de sa pratique clinique, bien qu'il n'ait pu guérir ses patients vieillissant, il a pu observer chez eux une meilleure compréhension de leurs troubles.

Par la suite, plusieurs auteurs sont allés dans le même sens. Nous pouvons citer **M.R. Kaufman** qui pensait que le vieillissement pouvait être une période favorisant la réactivation de conflits de l'enfance et que le travail analytique pouvait y gagner en se penchant sur cela. Pour **M. Grotjahn**, le vieillissement était plutôt un facteur positif pour le travail car il favorisait parfois à la baisse des résistances à accepter l'interprétation. Les travaux de **F.G.Alexander** l'ont poussé vers l'idée d'une nécessité d'adapter la psychanalyse aux patients et non l'inverse, en renforçant le Moi³⁶.

J. A. M. Meerlo¹³³ souligne que la prise en charge psychothérapeutique d'un sujet vieillissant souffrant d'un déficit narcissique, permet de rompre l'isolement préjudiciable à son équilibre libidinal, et favorise l'engagement dans la relation transférentielle.

A la fin des années cinquante, **H. Segal** rapporte le cas d'un homme âgé de 73 ans, déprimé, hypochondriaque, et sujet à des accès de violente colère, dont la cure analytique a permis à cet homme de reprendre des activités normales et d'accéder à un sentiment de maturité³⁶.

R. Held insiste sur l'importance de l'interprétation des conflits économiquement coûteux afin de favoriser les déplacements énergétiques nécessaires à la relance de la sublimation³⁶.

N. Zinberg constate que le système psychique a tendance à se réorganiser avec l'âge : le refoulement s'affaiblirait et la tendance à la régression augmenterait³⁶.

H. Hiatt fait le parallèle entre la problématique rencontrée lors de la vieillesse et celle rencontrée lors de l'adolescence, en ce sens que les personnes âgées présentent des difficultés à maintenir leur indépendance dans leur processus de dépendance inexorable, et à trouver des modèles identificatoires dans leur contexte socio-familial qui s'appauvrit³⁶.

Claude Balier¹³⁴, en France, a élaboré en 1976 une théorie narcissique du vieillissement. « Le vieillissement, dans la vision de Balier, devient un lieu d'équilibre dynamique fait d'investissement et de désinvestissement narcissique. » (Simeone I.¹³⁵).

b. Intérêt de la perspective psychodynamique dans le soin en CMRR

La principale optique du soin, que porte le psychiatre en CMRR, nous semble se situer dans l'intention **d'ouvrir la voie de communication** en rétablissant des **ponts entre plainte et psyché** aussi bien pour le patient que pour les professionnels travaillant en CMRR.

- Vers un travail de liaison intrapsychique

Nous l'avons vu, la vieillesse peut être définie comme le temps d'une crise du milieu de la vie, où de nombreuses pertes et deuils vont mettre à l'épreuve l'individu vieillissant. Or, ce modèle de crise représente l'intérêt majeur de la perspective psychanalytique au cours du vieillissement. Il s'agit, en effet, d'un **moment d'articulation** dans la vie psychique, dont l'issue peut aboutir aussi bien à la réussite qu'à l'échec (décompensation pathologique), suivant la capacité d'intégration de l'individu à l'égard des forces en présence. Les facteurs qui déterminent cette capacité sont hétérogènes et propres à chaque individu, comme la maturité affective initiale, un certain apprentissage d'aménagement des situations conflictuelles, et enfin le contexte très particulier du vieillissement de chacun (Simeone I. et Abraham G.¹³⁶).

L'expérience affective de la vieillesse provoque principalement une confrontation avec l'angoisse de séparation, une confrontation avec la diminution, voire l'évacuation de l'estime de soi, et enfin une prédominance des pulsions agressives d'expression plus souvent régressive, face au sentiment d'abandon et aux blessures narcissiques.

Du point de vue de l'inconscient, la crise du vieillissement va donc résider dans la confrontation avec l'image plus ou moins détériorée de soi-même. La problématique psychodynamique centrale va donc se situer dans l'aide à la **réélaboration d'une position dépressive**, au **travail de deuil** des pertes progressives du vieillissement¹³⁶.

La perte dans le vécu quotidien amène aussi à une réactivation des pertes anciennes, qui peuvent avoir été mal élaborées à ce moment là. C'est comme si, en écho aux pertes actuelles, l'individu revivait les anciens sentiments d'amour qui coexistaient avec les sentiments de haine, les seuls à être restés ou au contraire comme si l'individu éprouvait à nouveau les anciens sentiments de haine qui avaient été refoulés par la suite.

L'action thérapeutique se situe dans la capacité de **lier ces deux affects clivés** pour que l'élaboration des pertes puisse se faire sans entraves psychiques. La présence du thérapeute, se faisant, réactive la présence ou l'absence de la mère d'autrefois.

Ainsi, tout le travail va consister à aider le patient à établir des **liens entre un certains nombres de représentations** afin qu'il puisse réécrire sa propre histoire.

La psychothérapie d'inspiration psychanalytique peut être un moyen pour permettre au patient de penser quelque chose de son trouble de la mémoire, de **mettre en communication son corps et sa vie intérieure**.

En revanche, la plainte mnésique peut être le moyen trouvé par le patient pour éviter de se confronter à la réalité que représentent les pertes et deuils impossibles à accomplir.

La plainte pouvant être le seul mode de communication possible avec l'autre, le sujet va devoir abandonner son statut de « plaignant ». Notre rôle, comme le souligne Viéban et Clément, va être également de pouvoir le **soutenir dans l'abandon de ce statut** et de l'étayer à pouvoir rétablir un autre **mode d'échange**, en étant le propre acteur de ses décisions⁸⁷.

Il faut être conscient que la plainte ne s'épuisera peut-être jamais, mais l'intérêt que l'on peut porter à cette souffrance exprimée ainsi pourra permettre parfois de franchir un cap dans le soin. En effet, si la souffrance en arrive à être reconnue comme telle par le patient et qu'il parvient à élaborer une demande de soin, cela signera l'engagement du sujet dans un mouvement thérapeutique.

Les consultations psychiatriques en CMRR pourraient donc permettre une certaine préparation à une prise en charge en psychothérapie d'inspiration psychanalytique.

Il s'agira pour le psychiatre de fournir un étayage solide et rassurant en entretien où la souffrance du patient sera validée. Certaines reformulations pourront être nécessaires afin de permettre un accès aux contenus internes de la pensée.

L'un des objectifs est de pouvoir permettre une certaine restauration narcissique du sujet, et de l'amener à penser plutôt que de se plaindre, à se réappropriier ses fonctions supérieures.

- Vers un travail de liaison institutionnel

La place du psychiatre au sein des CMRR n'est pas une place facile, posant la question de l'articulation corps et psyché, et celle de la compatibilité des points de vue des somaticiens et des psychiatres.

Quand le médecin somaticien va faire appel au psychiatre, la question sous-jacente est souvent : « le patient présente-t-il une plainte reflétant un trouble psychiatrique ? », dans un cheminement à causalité linéaire. Effectivement, la démarche clinique en médecine somatique, et parfois également en médecine psychiatrique, s'appuie sur plusieurs étapes allant de la reconnaissance du « mal » à la guérison de son patient, en passant par la recherche de la cause de la maladie. Autrement dit, c'est comme si pour trouver la solution il fallait connaître la cause. Cette démarche est efficiente mais, dans certains cas, il est nécessaire d'utiliser une **causalité plutôt de type « circulaire »** où « *chaque effet devient la cause d'un autre effet et le dernier effet celui de la cause première* » (J. Richard⁴¹). Nous l'avons précédemment évoqué, la plainte mnésique peut être le reflet d'un trouble de la mémoire avéré, du processus psychique lié au vieillissement, d'un trouble psychiatrique, de difficultés d'adaptation, mais l'un n'exclut pas l'autre. De plus, les modalités de fonctionnement psychique du patient âgé, sa personnalité, ses capacités d'adaptation et le milieu dans lequel il vit, peuvent interférer sur son symptôme. A l'inverse, la plainte mnésique peut induire des « *vécus psychoaffectifs conflictuels* » pouvant nécessiter une attention et un soin particulier (Golse, B. ¹³⁷).

La question n'est pas de savoir si la plainte est due à un trouble psychiatrique ou de s'interroger sur une étiologie organogénétique ou psychogénétique des troubles mais de réfléchir tous ensemble, d'un point de vue transdisciplinaire, à la possible interaction entre les deux niveaux. La bonne coordination entre somaticien et psychiatre est centrale pour réduire le clivage corps-psyché aussi bien pour le patient que pour l'institution.

La qualité de cette articulation suppose, en tant que psychiatre en CMRR, d'avoir à l'esprit quelques concepts fondamentaux sur les consultations-liaison. En effet, la demande de consultation psychiatrique émane le plus souvent, en CMRR, d'un médecin somaticien. Il nous faudra « *analyser cette demande et aider éventuellement à la reformulation des questions posées à partir des niveaux de demande explicite et implicite* » (Camus V. et al.¹³⁸). De plus, notre rôle est aussi d'assurer le « *soutien, la formation, l'encadrement, la supervision des équipes médicales et infirmières* » dans la relation avec les patients âgés¹³⁸. Effectivement, la mise en place de « *procédure de régulation des soins* » (Ploton L.¹⁰⁶) nous semble indispensable dans tout cadre institutionnel. Le travail d'élaboration psychique, individuel et collectif, des soignants participe aux soins. En effet, la confrontation avec la vieillesse et la maladie cérébrale, quotidienne en CMRR, nous met tous face à la question de la mort et à la réactivation oedipienne possible face à nos analogues parentaux (ou grand-parentaux). Ces questions nous renvoient aux concepts de transfert et contre-transfert indispensable à prendre en compte dans la relation thérapeutique au sujet âgé.

L'approche psychodynamique, comme dimension organisatrice et régulatrice des aides et des soins, semble tout à fait avoir sa place en CMRR.

d. La problématique du transfert et du contre-transfert

« *Le transfert désigne en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique* ». (Laplanche et Pontalis¹¹)

Le succès du traitement analytique dépend pour beaucoup de l'installation d'un transfert positif.

Dans le traitement psychothérapeutique des personnes âgées vont émerger plusieurs problèmes liés au contre-transfert.

Charazac définit le « *contre-transfert comme les affects, les attitudes et les pensées que la relation fait éprouver au thérapeute et qu'il doit accepter pleinement pour pouvoir les utiliser.* »⁵¹

Dans le temps de la thérapie, peuvent survenir diverses difficultés tant somatiques, que psychiatriques ou sociales, pouvant malmenier celle-ci et apparaître comme étant infranchissables pour le bon déroulement de celle-ci pour le thérapeute.

La plainte mnésique peut envahir l'espace thérapeutique, ainsi que des préoccupations somatiques diverses. Les interrogations incessantes au sujet d'un éventuel médicament peuvent également être fréquentes ainsi que la demande du médicament « miracle » pouvant enlever la plainte. Le thérapeute devra aussi se confronter à l'oubli de séance rationalisée par le patient par la conviction que le suivi n'améliore pas son état. C'est cette réalité qui va malmenier la thérapie.

D. Quinodoz¹³⁹, de part son expérience clinique auprès des personnes âgées, a observé la fréquence des mécanismes d'identification projective chez les patients. Or, cela demande au thérapeute d'être vigilant à ne pas se laisser entraîner dans une relation agressive ou angoissante. Il doit donc faire appel, comme le disait Gromberg, à la « contre-identification projective »¹³⁸.

Le psychothérapeute va être confronté aux pleurs signifiant tour à tour angoisse, désespoir, souffrance somatique, mort... Le sujet sénescence peut transmettre au psychothérapeute beaucoup d'angoisse de mort.

La force des manifestations des pulsions de mort du sujet âgé peuvent renvoyer le psychothérapeute à sa propre dualité pulsionnelle, et en particulier à la possible expression de ses propres pulsions de mort. L'agé peut être un analogue parental ou grand-parental pour le psychiatre. La réactivation oedipienne peut teinter l'interaction.

Grotjahn⁵⁷ a abordé la question du contre-transfert sous l'angle de l'ambivalence oedipienne. Le thérapeute va se mettre sur la défensive devant le retour des attitudes infantiles du patient ainsi que des siennes. Le Gouès parle à son tour de « contre-oedipe » et de « parentage thérapeutique »³⁶. La culpabilité inconsciente du thérapeute d'être plus jeune que son patient, le fera se sentir plus vieux, empreint à la menace de perte et de mort.

Dans la psychothérapie psychanalytique, le travail va être centré sur l'enrichissement du Moi, qui s'opèrera dans la prise de conscience du conflit infantile, conflit pouvant être à l'origine de la manifestation des plaintes cognitives.

2. Le psychiatre du CMRR : un rôle de lien vers l'extérieur

De manière générale, la plupart des patients arrivent en psychothérapie par le biais de leur médecin généraliste, d'un psychiatre de secteur ou d'une équipe médico-sociale. Seule une part réduite de la population âgée est en mesure de s'adresser en ville à un psychanalyste ou un psychothérapeute.

Le cadre de la consultation mémoire est encore différent. Les patients âgés se plaignant de troubles mnésiques viennent au CMRR pour avoir un avis expert sur leurs troubles, craignant le plus souvent la fameuse maladie d'Alzheimer. Nous pouvons penser qu'ils ne s'imaginent pas rencontrer un psychiatre et encore moins qu'on leur propose une psychothérapie.

La demande de psychothérapie émane le plus souvent de l'autorité médicale (médecin traitant, neurologue, gériatre) ou de l'entourage, visant une prise en charge et un soulagement du symptôme. Or le psychothérapeute ne répond pas à cette demande là. Ce qui peut être proposé est un travail préparateur d'écoute, facilitant l'ouverture vers la symbolisation des affects qui pourra amener progressivement le patient à une demande de psychothérapie.

Le passage vers la psychothérapie peut être un rôle dévolu au psychiatre du CMRR.

Mais adresser quelqu'un vers un autre psychothérapeute influe sur la relation. Ce n'est pas seulement le patient qui doit se rendre disponible pour un nouvel investissement mais ce remaniement touche aussi le psychiatre. Le psychiatre devra veiller à maintenir une **relation** suffisamment **frustrante** pour que le patient puisse reporter sur un autre tiers ses attentes.

Le psychiatre intervenant au CMRR peut avoir pour rôle d'orienter son patient, en fonction de ses désirs et ses besoins, vers une prise en charge psychothérapique.

L'indication d'une psychothérapie d'orientation psychanalytique repose sur un diagnostic en termes de structure et de possibilité évolutive. Elle repose également sur la motivation du patient et sur son intérêt pour la compréhension de son monde affectif et de sa réalité intérieure. Néanmoins, il existe d'autres formes de psychothérapie individuelle ou de groupe, se référant à d'autres modèles que la psychanalyse.

Notre propos n'est pas ici d'évoquer toutes les formes de psychothérapie qui existent, mais certaines d'entre elles qui peuvent être intéressantes dans le travail avec le sujet âgé présentant une plainte de mémoire psychogène.

- Vers une psychothérapie de soutien

La psychothérapie de soutien ne renvoie pas à une technique particulière, son intention est d'accompagner les patients en difficulté.

Son objectif est de restaurer la vie relationnelle et l'estime de soi du patient en adoptant une attitude d'écoute, empathique et valorisante. Elle est donc axée sur le renforcement narcissique ainsi que sur une écoute de la plainte et de la souffrance. Elle peut être utile chez les patients qui n'ont pas de demande spécifique ou qui présente une personnalité fragile (limite par exemple) pour qui un investissement plus important mobiliserait des angoisses insupportables.

- Vers une thérapie corporelle

Les thérapies corporelles suggèrent des formes de prises en charge où le travail de l'individu va passer par le corps.

Par thérapies corporelles, P. Charazac¹⁴⁰ entend relaxation et psychomotricité, ainsi que les ateliers à médiation corporelle qui peuvent exister en hôpital de jour par exemple. Ce type de prise en charge peut s'avérer utile là encore pour les structures limites chez qui les processus de mentalisation et de symbolisation sont insuffisants, et qui utilise leur corps comme lien à la relation d'objet.

- Vers une approche groupale

De pratique surtout institutionnelle (hôpitaux de jour), la technique de psychothérapie de groupe est variable allant d'interventions strictement limitée à la tâche du groupe ou visant à enrichir la communication verbale par la reformulation ou la relance, jusqu'à l'interprétation de ces contenus comme expression du transfert et des fantasmes du groupe. Le groupe peut avoir une fonction de guidance et d'étayage pour le sujet se plaignant de sa mémoire ainsi que pour sa famille.

Le psychiatre en centre mémoire se situe à la frontière du soma et de la psyché auprès des patients âgés se plaignant de leur mémoire. Sa principale optique dans les soins est de pouvoir aider le patient et les soignants à créer des liens entre le symptôme et la dynamique psychique afin d'ouvrir sur un autre mode de communication.

Néanmoins, l'individu se situe toujours par rapport à son environnement. Les intrications entre le symptôme et les relations familiales sont importantes à ne pas méconnaître pour une meilleure appréhension diagnostique et thérapeutique de la plainte mnésique du sujet âgé.

B. L'intérêt des rencontres familiales en CMRR

Travaillant depuis de nombreuses années comme psychiatre et psychanalyste auprès des personnes âgées sur Lyon, Pierre Charazac a axé son travail sur l'observation des familles en regard du vieillissement de l'un de ses membres. Il propose, dans son ouvrage « Psychothérapie du patient âgé et de sa famille », comme hypothèse de travail que le **groupe familial est une entité** à part entière. Nous nous proposons de rappeler quelques concepts fondamentaux en référence à cet auteur et à la thérapie familiale d'inspiration psychanalytique pour construire une lecture plus adaptée des soins que nous pouvons apporter au patient et sa famille dans le cadre des CMRR.

1. Le rôle de la famille dans le vieillissement individuel

La famille comme groupe va pouvoir réunir les conditions nécessaires pour le développement et la survie physique et psychique de l'individu entrant dans la sénescence. Pour P. Charazac¹⁴¹, la famille participe, comme la mère auprès de son enfant, aux soins à son parent. Cette qualité de soignant lui est conférée par son implication à un moment et dans une situation donnée, et l'auteur définit ainsi plusieurs fonctions soignantes de la famille, pouvant aussi être assurée de manière momentanée ou durable par un environnement tiers mis en place par la société.

a. La fonction de dépôt

La famille peut être le lieu d'expériences qui ne sont pas toutes symbolisées et qui ne parviennent pas à la conscience. La perception du vieillissement d'un parent, par les changements corporels ou les troubles mnésiques, va impliquer des **ajustements** et une certaine forme d'**adaptation du groupe** sans qu'il en ait réellement conscience. Ces changements, pouvant être vécus comme des **microtraumatismes** car annonciateurs d'une possible dépendance interpersonnelle, vont donc impliquer des ajustements de la famille, non encore mentalisés et mis, en quelque sorte en dépôt dans son histoire. C'est grâce à eux que l'**homéostasie** du groupe se maintient. Ce dépôt va avoir deux issues possibles : soit la famille va pouvoir mobiliser ce contenu finalement de l'ordre du préconscient, le changer en affect et

le lier à des représentations ; soit il va rester dans l'ombre, non accessible à la conscience du fait du potentiel traumatisant de son contenu. Sous cette forme, il va être à l'origine, de la « transmission intergénérationnelle d'inconscient à inconscient ».

b. La fonction de proximité

Cette fonction désigne une qualité se rapprochant du « **holding** » maternel, façon dont la mère tient l'enfant, théorisée par Winnicott¹⁴². La sécurité qu'elle procure n'est pas seulement physique mais elle est aussi interne, avec la reconnaissance d'une intériorité en l'autre et le souci de la respecter avec une proximité non intrusive. La proximité dont nous parlons ici est donc une proximité psychique et affective qui permet à l'entourage d'éprouver les besoins du parent et de respecter sa personne.

Autrement dit, un entourage ayant cette qualité de proximité sait ce que son parent est apte à faire et entretient cette autonomie et sa capacité de décision, et ce qu'il ne peut plus accomplir qu'en présence de quelqu'un.

Cette fonction repose finalement sur « *la capacité de l'entourage d'éprouver les besoins du parent autrement que par un raisonnement intellectuel sur des critères objectifs de l'autonomie* » (P. Charazac¹⁴¹).

c. La fonction de continuité

Cette fonction est complémentaire de la précédente, et fait référence également au « **holding** ». Il est question ici de la continuité de l'objet interne dans l'esprit du parent. Du point de vu des enfants, il s'agit de la continuité de l'investissement libidinal sous la forme de la préoccupation du parent, non pas physique mais psychique.

Proximité et continuité s'étayent sur deux objets : l'objet commun qu'est la famille, et l'existence du self de chacun, au sens de son intériorité personnelle. Ces qualités reposent sur la fonction anaclitique de la famille comme objet partagé par tous ces membres et qui respecte l'individualité de chacun.

d. La fonction de transitionnalité

En référence à Winnicott¹⁴², la transitionnalité définit le respect de la mère du sentiment d'omnipotence de son enfant en aménageant une aire d'indécision et de transition entre sa réalité personnelle, celle de la mère et celle qu'il partage avec elle.

Cette fonction est sollicitée à chaque fois que la réalité intérieure individuelle s'éloigne de la réalité que le reste de la famille perçoit. Cette fonction est particulièrement importante quand le parent vit un changement extérieur qui nécessite une réorganisation de la réalité intérieure de l'enfant.

Face aux blessures que la réalité impose à la toute-puissance, la transitionnalité a une valeur anti-traumatique qui préserve la réalité intérieure et ses échanges avec l'extérieur. Sans elle, le patient risque de recourir au clivage qui revient à annuler une partie de la réalité ou au délire qui consiste à en inventer une nouvelle.

Toutes les parties du corps peuvent acquérir la fonction d'objet transitionnel comme le cerveau et les plaintes de mémoire exprimées. Cette fonction représente donc la capacité qu'a la famille de tolérer la réalité telle que son parent la vit et la lui fait vivre.

e. La fonction de pare-excitation

« Elle désigne les défenses dont dispose la famille pour contenir les poussées pulsionnelles d'ordre libidinal ou agressif » (Charazac¹⁴¹).

f. La fonction de socialisation

Cette fonction fait référence à la période de latence où l'enfant fait l'expérience non plus d'une relation entre deux personnes mais entre trois. En parallèle avec l'enfant, on peut voir

comment la famille peut aider à cela avec son parent âgé. La fonction de socialisation de la famille permet, entre autre, d'accéder à l'ambivalence des relations triangulaires, et de laisser place au processus de sublimation. Si l'on prend l'exemple de l'entrée en institution, les liens qui vont se créer entre le patient, la famille et l'équipe contribuent beaucoup à ce que l'individu puisse investir à son tour des personnes nouvelles pour lui.

La famille comme groupe peut réunir des capacités et des ressources pouvant aider l'un de ses membres dans le travail de vieillir. Ces fonctions sont multiples et variées :

- la fonction de *dépôt* ;
- la fonction de *proximité* ;
- la fonction de *continuité* ;
- la fonction de *transitionnalité* ;
- la fonction de *pare-excitation* ;
- la fonction de *socialisation*.

Il nous semble important de pouvoir les repérer au cours des rencontres familiales, les connotés positivement si elles existent, ou de se situer dans une aide à leur élaboration si elles sont incomplètes.

La famille peut être un allié du thérapeute, et s'inscrire dans des fonctions s'apparentant au soin.

Mais la famille peut aussi dysfonctionner pouvant être l'un des facteurs de persistance du symptôme présenté par le sujet âgé. Nous l'avons évoqué, la plainte mnésique peut être un des modes de communication avec l'autre, et pourquoi pas un symptôme relationnel entrant dans une historicité qui fait sens dans le groupe familial.

Nous avons soutenu l'hypothèse, en nous appuyant sur les travaux de Pierre Charazac, d'un parallélisme entre l'apparition du symptôme « plainte mnésique » d'un sujet vieillissant et de l'entrée, pour sa famille, dans une crise. Quelle lecture psychodynamique peut-on faire de ces crises familiales ? Comment axer notre travail dans les CMRR avec la famille ?

2. Les crises dans la famille du sujet âgé

Les dangers fantasmatiques d'atteinte physique ou psychique du parent âgé peuvent conduire à une crise familiale, moment de fragilité voire de désorganisation du groupe. Elles peuvent déboucher sur une simple réorganisation matérielle ou sur un travail psychique intégrant la crise à l'histoire familiale.

Les plaintes mnésiques du sujet âgé peuvent être vécues comme une menace fantasmatique d'une maladie d'Alzheimer débutante avec son cortège de représentations négatives, et être à l'origine d'une **crise dans la famille**.

a. Clinique de la crise familiale

Une crise est dite « familiale » lorsqu'elle implique **deux générations** qui font appel à une aide ou parlent de leur souffrance. Cet appel qui révèle la crise peut faire suite à une modification de l'état physique ou psychique du parent ainsi qu'à un changement dans son entourage.

On peut discerner des **facteurs déclenchants** aux crises qui sont généralement des symptômes en lien avec des pathologies anciennes.

On peut citer quelques exemples de facteurs :

- la survenue de chutes rendant le maintien à domicile difficile ;
- la révélation d'un risque suicidaire ou ses équivalents (refus d'alimentation, opposition aux soins,...) ;
- les passages à l'acte avec agressivité et violence.

En pratique clinique, nous observons fréquemment une consultation tardive de la famille. Mais l'appel à l'aide du tissu familial découle de l'aboutissement d'un processus bien particulier, et ne résulte pas seulement d'un symptôme.

L'appel peut aussi révéler un changement dans l'environnement du patient :

- hospitalisation du conjoint ;
- maladie ou décès d'un des ses enfants ;
- mariage ou naissance dans la troisième génération éloignant momentanément l'aidant habituel.

L'évènement qui crée une rupture dans le couple aidant-aidé bouleverse dans le même temps l'équilibre familial.

La crise familiale est marquée par le sentiment du groupe de ne plus pouvoir s'aimer. Elle s'accompagne d'une **blessure narcissique** qui est d'appartenir à une famille incapable de préserver ses liens et ses valeurs.

Ce moment est douloureux car il est marqué par un **double désinvestissement** : celui du parent et celui de l'objet commun qu'est la famille.

Cliniquement, la souffrance familiale se manifestera par des affects dépressifs ainsi que par des angoisses archaïques d'effondrement de la famille. Mais cette souffrance n'est pas forcément au premier plan, elle peut être déniée par le groupe familial qui met en œuvre des défenses à type de déni, clivage, et passage à l'acte, pour contenir ses angoisses.

b. L'abord psychanalytique de la crise familiale

Depuis le début des années 80, des réflexions se sont succédées en France autour de la thérapie familiale à partir des travaux de D. Anzieu et de R. Kaes. Afin d'élaborer une théorie sur la famille en tant qu'objet psychique à part entière, nous nous appuyons sur des notions psychanalytiques élaborées par un travail avec la famille :

- la notion de *fantasme de corps familial* (Caillot et Decherf¹⁴³) qui représente le prolongement narcissique du corps de ses membres tel le prolongement du corps maternel fantasmé par le bébé comme prolongement de son propre corps ;
- la notion de *soi familial* (Eiguer¹⁴⁴) qui est défini comme une formation narcissique soutenant l'identité familiale et le sentiment d'appartenance au groupe, en assurant la séparation entre le dedans et le dehors ;
- la notion d'*appareil à penser commun* (Ruffiot¹⁴⁵, 1981) ou *appareil psychique familial* qui tend, comme l'appareil psychique groupal décrit par Anzieu, à l'unification régressive et fusionnelle des psychés individuelles de ses membres.

Bien avant la crise, le vieillissement et les atteintes du parent modifient le fonctionnement de l'appareil psychique familial ainsi que de son corps imaginaire dans lequel il se projette. La question est de savoir pourquoi la crise éclate à un moment donné. Nous pouvons percevoir une clé du déclenchement de la crise dans « *l'analyse des investissements mobilisés par la dépendance du parent* »⁵¹.

Comme nous l'avons vu précédemment, satisfaire les besoins du parent peut avoir une fonction positive pour l'aidant. Le plaisir de soigner ses parents revoie au désir infantile, dans lequel Jones interprétait la naissance du fantasme de renversement des générations. On voit bien comment le fait de faire intervenir un tiers peut conduire à un sentiment d'échec.

La prise de conscience par le corps familial de ses limites face à la dépendance de son parent représente une blessure narcissique importante. La plainte mnésique du parent, de ce fait, peut être une menace de dépendance future et peut conduire la famille à consulter en centre mémoire pour son parent.

c. Les fantasmes de régression symbiotique et de mort collective⁵¹

• *La structuration du corps familial fantasmatique*⁵¹

La représentation inconsciente du corps familial et des dangers qui le menacent est étroitement liée à la manière dont le groupe fantasme ses origines.

Le premier caractère d'un corps vivant est d'avoir une naissance, un développement et une mort. « *Pour l'inconscient du groupe, sa formation et sa survie reposent sur un fantasme d'auto-engendrement et la représentation d'un corps commun immortel aux contenus indifférenciés et fusionnés* » (Charazac⁵¹).

A l'étape suivante, les contenus du corps familial se différencient en bons objets, internes au groupe qu'il doit garder intacts, et en mauvais, qu'il doit rejeter car ils menacent les premiers.

L'intégration de la différence des sexes dans le groupe marque un pas supplémentaire dans la construction du corps familial. Elle suppose que le groupe puisse admettre être né d'un homme et d'une femme, et qu'à l'intérieur circule des fantasmes de séduction et de scènes primitives entre ses différents membres sexués.

Les fantasmes qui organisent les relations interindividuelles au sein du groupe familial se forment donc le plus souvent selon un imaginaire sexuel et oedipien. Ceux qui figurent les liens entre chacun de ses membres et le groupe sont d'ordre narcissique. Ils soutiennent l'investissement d'un corps commun dont le vieillissement des parents peut mettre en danger l'unité du groupe.

Les crises familiales vont se marquer par l'activation de deux fantasmes : celui de la disparition collective et celui de la régression symbiotique.

- *Le fantasme de mort collective*

Ce fantasme prend la forme d'une inquiétude particulière de la famille. L'expression de celui-ci s'inscrit dans la désignation du parent malade à prendre en charge pour ne pas que toute la famille soit malade à son tour. Ruffiot¹⁴⁴ a décrit le « *fantasme de mort collective* » dans la famille du psychotique comme un souhait déniait la possibilité pour son membre malade d'accéder à la mort individuelle. Il représente une défense collective devant la représentation de la perte d'un parent : « *il vaut mieux souhaiter l'anéantissement de tous que de penser la séparation ou la mort d'un seul* » (Charazac⁵¹).

- *Le fantasme de régression symbiotique*

La symbiose désigne, dans la nature, toutes des formes d'association entre espèces, aussi bien l'union profitable réciproque que le parasitisme qui profite à l'une sans nuire sensiblement à l'autre. « *Dans le fantasme symbiotique familial, chacun se vit réciproquement comme ayant besoin l'un de l'autre pour vivre* » (Charazac⁵¹). Se séparer signifierait mourir et provoquerait l'anéantissement de tout le groupe.

d. L'issue de la crise familiale

L'issue de la crise familiale peut être envisagée selon deux points de vue : l'un plus **extérieur**, en fonction de la **disparition des symptômes**, de l'apaisement de la souffrance familiale et de l'équilibre retrouvé ; l'autre plus **intérieur**, en appréciant le **travail d'intégration** de ce moment dans l'histoire du groupe.

L'issue de la crise dépend d'un ensemble de facteurs dynamiques et structuraux. Les facteurs dynamiques sont la nature et l'intensité de la souffrance, du conflit et des symptômes touchant plus ou moins à l'identité du groupe. Les facteurs structuraux tiennent à l'organisation même de la famille. Certaines de ces organisations sont plus exposées aux crises, par exemple les familles dépressives-anaclitiques supportant mal les séparations ou les familles psychotiques chez qui elles activent des fantasmes de morcellement ou de mort collective.

La crise de la famille au moment du vieillissement d'un de leur parent est un moment nécessaire pour que le groupe puisse intégrer tout ce que ce changement mobilise au niveau de son présent, de son avenir, et de son passé. « *La crise peut modifier et enrichir la représentation que la famille se donne d'elle-même et de son histoire* » (Charazac⁵¹). Ceci suppose un travail intérieur, la mise en représentation des événements vécus par la famille. L'accompagnement à cette élaboration pourra être conduit par le psychiatre au moment de rencontres familiales.

3. L'entretien familial

a. La place de l'entretien familial dans la prise en charge

- Questionnement par rapport au travail avec la famille

On peut identifier d'emblée deux types de problèmes posés par le travail avec la famille du patient âgé.

Le premier est la disqualification éventuelle du parent comme sujet à part entière. Ce point est un problème majeur rencontré fréquemment dans la pratique psychogériatrique où la rencontre entre le thérapeute et le patient est très souvent médiatisée par un tiers familial ce qui peut rendre difficile l'analyse de la relation soignante avec le patient âgé.

Le second point est qu'une telle circonstance peut compromettre un projet de prise en charge individuelle. La neutralité bienveillante peut être mise à mal si la famille au cours de cette rencontre s'autorise à nous communiquer ses souhaits ou ses inquiétudes.

Cela étant, plusieurs raisons nous font penser que la famille peut avoir une place réelle dans le cadre thérapeutique que l'on peut proposer. Il existe des moments de crise, comme nous l'avons vu précédemment, où des décisions s'imposent parfois pour la personne âgée et où un lieu en présence d'un tiers soignant peut aider l'ensemble du groupe à reconstruire un espace propre pour penser, se représenter et parler des difficultés rencontrées.

Dans le cadre des consultations mémoires, la pratique d'entretiens familiaux avec des patients présentant une plainte mnésique peut aider le patient à prendre appui sur des objets réels que représentent les siens. Ils constituent ainsi un étayage narcissiquement positif pour lui.

- Le cadre de l'entretien familial

- Le lieu

Il n'est pas indifférent de se rencontrer au sein d'une unité d'hospitalisation de jour, du centre mémoire, ou dans une unité de consultation. Il semble être important de pouvoir préserver l'espace individuel de chacun, surtout celui du parent âgé. Le groupe aura besoin de son espace propre.

- Les participants

Pour être familial, l'entretien nécessite la présence d'au moins deux générations.

- La présence du parent

La demande de la famille est souvent d'être reçue en l'absence du parent, pour épargner au parent une épreuve qui ne pourrait qu'aggraver son état (argument très souvent cité). Par cette exclusion, la famille tente de réaliser à l'extérieur la séparation qui fait problème à l'intérieur. Il nous semble important de pouvoir expliquer à la famille que cet entretien fait parti du projet de soin et que cet échange peut apporter quelque chose à chacun. Ainsi, il apparaît difficile de recevoir les enfants seuls, ni avant ni après l'entretien.

- L'écoute du groupe familial

Un des buts de l'entretien familial est de nous donner une représentation de l'organisation de ce groupe et de la place réelle et fantasmatique que le parent âgé occupe dans son fonctionnement.

En premier lieu, l'**observation** est un point crucial : l'observation de la position de chacun par rapport au parent âgé, par rapport au thérapeute. Existe-il des personnes en retrait ou au contraire en avant ? Le parent est-il au sein du groupe familial, ou est-il isolé ?

Dans un second temps, c'est la **parole** qui attirera notre attention. Le discours familial peut être centré sur le symptôme dans une sorte d'accrochage à la réalité extérieure. Il n'est pas le même lorsqu'il exprime les plaintes ou la souffrance de chacun.

Nous serons vigilants à noter de quelle manière la famille écoute et investit les paroles du sujet, si les mots ont le même sens pour tous, ainsi que la manière dont on passe des choses aux mots, c'est-à-dire la capacité associative du groupe.

Enfin, on sera attentif aux affects exprimés lors de la consultation ainsi qu'à la qualité des processus non-verbaux (gestes d'affection, ou au contraire de rejet voire d'agressivité).

b. La structure du groupe

La structuration d'un groupe familial repose sur un certain nombre d'« organisateurs », définis par Eiguer¹⁴⁶ comme des « *formations collectives auxquelles contribuent les psychismes personnels et qui concernent un jeu de représentations psychologiques spécifiques au familial et un dénominateur commun d'émotions souvent exaltantes* ».

Eiguer présente trois types d'organiseurs de la vie inconsciente familiale :

- Le *choix du conjoint* au moment de la relation amoureuse, qui dépend d'une part des représentations d'objets de chacun et d'autre part des représentations des liens entre ces objets ;
- Le *soi familial*, défini comme « l'investissement perceptuel de sa famille, par chacun de ses membres, lui permettant de la reconnaître comme sienne dans une continuité temporo-spatiale » ;
- L'*interfantasmatisation* qui représente le lieu de rencontre des fantasmes individuels de chacun des membres de la famille.

Le choix de l'objet d'amour peut se produire selon trois modalités :

- le choix d'un objet oedipien ;
- le choix d'un objet narcissique où l'autre est choisi en fonction d'un aspect de la relation du sujet à lui-même ;
- le choix d'un objet anaclitique où l'autre a pour fonction principale d'étayer.

Eiguer définit ainsi une certaine typologie familiale avec des familles oedipiennes, des familles narcissiques ou psychotiques, et des familles anaclitiques, aux prises avec l'angoisse de perte. Cette typologie proposée par Eiguer en 1987 dans son ouvrage *la Parenté fantasmatique* est résumée dans le tableau 9.

Les dysfonctionnements familiaux peuvent s'exprimer par une angoisse individuelle et collective du registre de la castration, de l'abandon ou du morcellement. Un tel repérage peut nous aider à organiser le contenu des entretiens mais aussi à apprécier les possibilités évolutives de la famille.

Néanmoins, il faut être vigilant à ne pas trop vite cataloguer une famille dans une structure particulière. Eguer le signifie lui-même, il convient de distinguer les familles présentant des traits régressifs sous l'effet d'une crise par exemple, des familles fonctionnant ainsi parce qu'elles n'ont jamais pu atteindre un autre niveau.

Le diagnostic structural doit donc faire l'objet d'une attention toute particulière lors de l'entretien. Il convient d'être attentif à la qualité des défenses en présence c'est-à-dire à leur richesse ou leur exclusivité, leur rigidité ou leur souplesse.

Ce sont autant d'indices qui témoignent des ressources familiales éventuellement mobilisables et réorganisables dans le travail psychothérapique.

<i>Type de famille</i>	<i>Oedipienne névrotique</i>	<i>Dépressive anaclitique</i>	<i>Psychotique</i>
<i>Investissement de l'objet-parent</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Comme objet total. - Selon la bisexualité des positions oedipienne admettant la différence des sexes et des générations. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comme un objet partiel. - Par étayage ou complémentarité anaclitique 	Comme un objet non différencié ou n'existant que dans la symétrie de la spécularité narcissique primaire.
<i>Investissement de l'objet-famille.</i>	Comme total, ambivalent et conflictuel.	Comme un objet partiel ne pouvant qu'être alternativement bon ou mauvais.	Comme un pré-objet constitué sur le mode fusionnel, dans le déni de l'existence de ses membres comme personnes séparées.
<i>Inter-fantasmatisation soutenant le sentiment d'appartenance familiale</i>	Fantasmes originaires (séduction, castration et scène primitive)	Fantasmes de perte, d'abandon, d'appauvrissement ou de réparation réciproque	Fantasmes d'interpénétration, de survie dans la symbiose ou d'anéantissement commun.
<i>Topique familiale</i>	Admettant et organisant une conflictualité interne par différenciation de ses contenus.	Restée dépendante du bon objet interne pour combler son vide ou son incomplétude. Différenciation inachevée.	Repose sur l'indifférenciation. Toute différenciation est une menace de morcellement, d'éclatement ou d'anéantissement.
<i>Conflit et angoisse liée à la séparation</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ambivalence et culpabilité oedipiennes pouvant régresser jusqu'au conflit rétention-expulsion -angoisse de castration anale par séparation du boudin fécal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression liée à l'ambivalence orale. -angoisse d'avoir épuisé le bon objet, de l'avoir détruit en l'incorporant ou d'être abandonnée par lui. 	Position pré-ambivalente, angoisse schizoparanoïde de persécution ou de morcellement, d'éclatement ou de mort collective.

Tableau 9 : « Les organisateurs inconscients du processus de séparation entre le parent âgé et sa famille »

4. Les rencontres familiales : quelles interventions pour le psychiatre ?

Les rencontres familiales en CMRR peuvent être l'objet de diverses interventions pour le psychiatre.

a. Les interventions dites d'*investigation*

Parfois, nous avons besoin, comme tout type de médecin, de rencontrer la famille afin de préciser certains points importants qui peuvent nous aider dans l'évaluation diagnostic et la compréhension de la situation. Parfois, le patient peut être en difficulté pour se remémorer l'histoire de son trouble. Ayant besoin de récupérer certains éléments cliniques, la famille peut nous aider à nous transmettre certaines informations. De plus, cela peut permettre au patient d'être étayer narcissiquement lors de l'entretien avec ses proches, et de nuancer le sentiment d'échec qu'il peut ressentir. Il est important de tenter de repérer :

- le moment d'apparition du symptôme ;
- l'histoire des troubles ;
- les facteurs déclenchant éventuels ;
- les signes accompagnant le symptôme ;
- la lecture que fait la famille du symptôme ;
- ainsi que les antécédents familiaux et de ce qui se rapporte au passé familial.

b. Les interventions dites *de soutien*

Le temps de l'entretien familial peut être le moment où certains affects ou expériences partagés par le groupe peuvent poindre. Il est important de pouvoir les repérer, les nommer et de soutenir l'investissement réciproque du parent et de la famille.

« *Parler de soutien, c'est s'inscrire dans la logique de l'étayage, du renforcement* » (Talpin, Ploton et al.¹⁴⁷). En abordant la plainte mnésique du sujet vieillissant comme menace fantasmatique d'une future dépendance du sujet pour sa famille, nous avons vu combien cela pouvait être source de crise et de souffrance pour le groupe. Le soutien pourra porter à l'aide à un travail de réorganisation de la famille si le groupe ne peut passer, seul, la crise. Le but est

de pouvoir rétablir une certaine homéostasie dans le fonctionnement familial, d'aider à la remise en jeu des diverses fonctions soignantes et de renforcer le narcissisme familial.

c. Les interventions à visée plus *psychothérapique*

Elles consistent à mettre en lien les représentations et pensées familiales avec les affects exprimés afin de permettre une certaine intériorisation de la situation. Le psychiatre pourra représenter le tiers aidant à la verbalisation de la conflictualité interne du groupe. Il est néanmoins nécessaire de respecter les défenses familiales qui sont ébranlées par la crise. P. Charazac insiste sur le fait que nous sommes dans un contexte de crise où il « *convient plutôt d'étayer la topique et le fonctionnement familial alors menacé par les symptômes du parent* »⁵¹.

L'objectif est de permettre une mobilisation et une réorganisation des ressources familiales en respectant les défenses du groupe familial.

Conclusion

La question de la place de la psychiatrie dans le champ des maladies de la mémoire n'est plus si évidente que par le passé du fait de la tendance actuelle à considérer ces pathologies comme des affections dégénératives d'origine organique.

Pourtant, de nombreux psychiatres et neuropsychiatres se sont penchés sur la question de la démence et ont fait avancer notre connaissance actuelle de la maladie. Par la suite, le développement d'une sous-discipline « la psychiatrie du sujet âgé » conforte l'idée que nous avons une place dans ce champ clinique. Bien que la psychiatrie ait pu s'éloigner de la clinique du sujet âgé en raison de facteurs sociaux-économiques, propres au psychiatre et à ses origines, « une vision binoculaire », à la fois organiciste et psychodynamique, des pathologies de la mémoire ne peut qu'enrichir notre pratique à tous pour un meilleur soin au patient.

La plainte mnésique est souvent le symptôme faisant consulter le patient ou la famille en Centre Mémoire de Ressource et de Recherche. Celle-ci ne correspond pas toujours à un état pré-démontiel et, dans ce contexte, elle est le reflet d'une souffrance multifactorielle aussi bien physique, psychique, sociale et relationnelle. Le psychiatre peut être le professionnel en CMRR apportant une certaine analyse de cette plainte.

A la lecture des processus psychodynamiques liés au vieillissement, la plainte mnésique peut être le symptôme d'une angoisse dépressive en lien avec une prise de conscience de la mort. Les pertes physiques, sociales et affectives liées à l'avancée en âge vont amener le Moi à être confronté au principe de réalité (l'existence n'est pas éternelle), et, pour faire le deuil de sa toute puissance infantile, il devra réélaborer une position dépressive. Mais la plainte peut être également un moyen de communication avec l'autre, le sujet utilisant son corps pour établir une relation.

En fonction de la structure psychique du sujet, le processus du vieillissement va être vécu différemment, et la plainte aura une signification bien particulière. De plus, celle-ci peut s'intégrer dans le cadre de pathologies psychiatriques véritables comme le syndrome dépressif majeur ou le trouble anxieux généralisé. La complexité de ce symptôme implique donc l'importance à accorder au temps d'évaluation de celui-ci en centre mémoire. Plusieurs échelles de dépistage peuvent être utilisées pour estimer la perception du sujet de sa mémoire

mais c'est la rencontre avec le patient qui va être essentielle tant elle peut nous apporter une variété d'informations et qu'elle touche, de fait, la subjectivité du symptôme.

Par une étude réalisée dans les Centres Mémoire de Ressource et de Recherche de France sur la place actuelle des psychiatres en leur sein, il a pu être mis en évidence que ceux-ci avaient un rôle dans l'évaluation de la plainte mnésique, dans l'aide aux diagnostics complexes, dans le suivi psychothérapique, dans l'évaluation et la prise en charge des troubles psycho-comportementaux des démences, dans la régulation des soins et comme acteur de la transdisciplinarité, ainsi que dans le lien avec l'extérieur tant par l'orientation du patient que par la communication avec les structures du réseaux de soin.

Le psychiatre a donc bien un rôle à jouer dans ce cadre et nous avons voulu, en dernier lieu, nous attarder sur celui que nous pouvons avoir dans le cadre de la prise en charge des patients et de leur famille en CMRR dans une optique psychodynamique.

Non dans l'illusion de pratiquer une psychothérapie d'inspiration analytique dans ce cadre de soin, le psychiatre peut apporter une écoute et une aide à l'élaboration d'un lien entre le corps du patient, représenté par la plainte mnésique, et sa psyché. Par l'évaluation clinique globale, il pourra aussi orienter le patient vers le type de psychothérapie la mieux adaptée à celui-ci.

La place du psychiatre va donc être de pouvoir créer une articulation entre soma et psyché pour le patient, mais aussi de fait, avec les professionnels du centre. Une vision circulaire du symptôme est essentielle dans une approche transdisciplinaire. La principale optique du psychiatre dans les soins en CMRR est de pouvoir aider le patient et les soignants à créer des liens entre le symptôme et la dynamique psychique afin d'ouvrir sur un autre mode de communication.

La plainte mnésique peut faire l'objet d'une crise familiale de part la menace fantasmatique d'une maladie d'Alzheimer qui plane pour la famille et peut amener le groupe familial à consulter en CMRR. Les rencontres familiales, dans ce cadre, doivent faire l'objet d'une attention centrée sur les places et les rôles de chacun, sur les affects exprimés, sur la structure du groupe en référence à Eiguer, et sur la lecture du symptôme que fait chaque membre du groupe. Là encore, loin d'imaginer la mise en place de véritable thérapie familiale psychanalytique, certaines rencontres peuvent être utiles à une meilleure lecture de la plainte, à étayer le groupe dans des interventions de soutien pour faire face à la crise, et parfois, par une ouverture plus psychothérapique, à aider la famille à intégrer cette étape dans leur histoire familiale, tout en respectant les défenses du groupe.

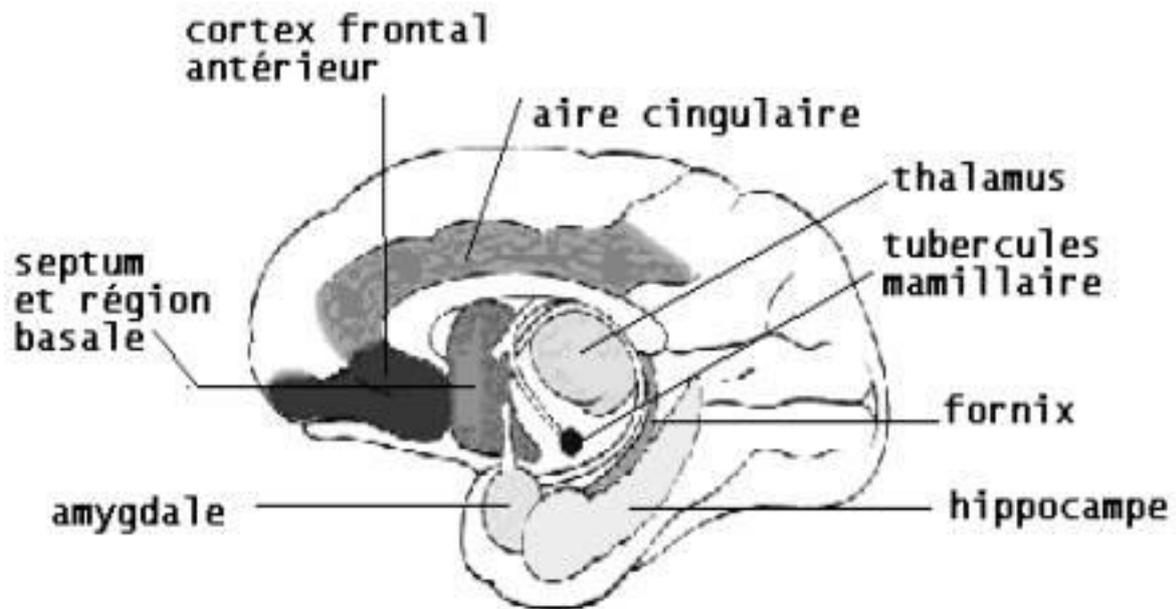
La plainte mnésique est un symptôme complexe faisant intervenir plusieurs champs de connaissance, dont celui de la psychiatrie. Nous nous sommes limités à une lecture psychodynamique du symptôme et ce en quoi nous pouvons jouer un rôle au sein des CMRR. Le vieillissement de l'un des membres du groupe familial va probablement modifier le rapport au temps de la famille, son organisation, ses frontières et va marquer une rupture dans le cycle de vie.

Une approche systémique de la famille semble être intéressante à pouvoir approfondir tant les facteurs relationnels jouent un rôle dans la plainte mnésique.

Annexes

ANNEXE 1

Anatomie du circuit de PAPEZ



1 – Hippocampe = porte d'entrée du circuit de Papez

2 – Tubercules / Corps mammillaire

3 – Thalamus

4 – Aire / Gyrus cingulaire

Amygdale = porte d'entrée du circuit de la mémoire des émotions

**Critères diagnostiques de démence du DSM-IV (F02.8, 294.1)
(Critères de démence due à d'autres affections médicales générales)**

- A** Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :
- 1** Une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement).
 - 2** Une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - a) aphasie (perturbation du langage),
 - b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes),
 - c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes),
 - d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).
- B** Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.
- C** Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est la conséquence physiologique directe de l'une des affections médicales générales figurant sur la liste ci-dessous.
- D** Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'une confusion mentale (delirium) :
- F02.4 (294.9) : due à la maladie liée au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
 - F02.8 (294.1) : due à un traumatisme crânien
 - F02.3 (294.1) : due à la maladie de Parkinson
 - F02.2 (294.1) : due à la maladie de Huntington
 - F02.0 (290.10) : due à la maladie de Pick
 - F02.1 (290.10) : due à la maladie de Creutzfeldt-Jakob
 - F02.8 (294.1) : due à d'autres affections médicales générales
 - F03 (294.8) : due à une cause non spécifiée.

ANNEXE 4

Critères du NINCDS-ADRDA²⁷

Les critères pour le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer probable sont :

- Démence diagnostiquée sur les données de la clinique et documentée par MMS des altérations d'au moins deux fonctions cognitives ;
- Diminution progressive de la mémoire et d'autres fonctions cognitives ;
- L'absence de trouble de la conscience ;
- Début entre 40 et 90 ans

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable est basé sur :

- La présence d'une aphasie, d'une apraxie, d'une agnosie ;
- Une diminution des activités quotidiennes et des troubles du comportement ;
- Des antécédents familiaux de troubles similaires ;
- Résultats des examens de laboratoire : LCR normal, EEG normal ou anomalies non spécifiques,
- Atrophie cérébrales au scanner progressant sur plusieurs examens consécutifs.

Autres signes cliniques compatibles avec le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable après exclusion des autres causes de démence :

- Présence de plateaux dans la progression de la maladie
- Symptômes associés : dépression, insomnie, incontinence, délire, illusions, hallucinations, réactions de catastrophe, troubles sexuels, perte de poids ;
- Crises comitiales possibles à un stade avancé ;
- Scanner normal pour l'âge ;
- Début <40 et 90 ans <.

Eléments qui plaident contre le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable :

- Début soudain ;
- Signes neurologiques focaux, troubles de la coordination survenant précocement en cours d'évolution ;
- Crises d'épilepsie ou troubles de la marche dès le début de la maladie.

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer possible peut être porté :

- Devant un syndrome démentiel en l'absence d'autres affections systémiques, neurologiques, psychiatriques et en présence de forme atypiques dans leur mode de début, leur présentation clinique ou leur évolution ;
- En présence d'une autre affection systémique ou cérébrale susceptible de causer une démence mais qui n'est pas considérée comme la cause de la maladie ;
- Dans le cadre de la recherche clinique ce diagnostic doit être retenu lorsqu'un déficit cognitif est isolé et s'aggrave progressivement en l'absence d'une cause identifiable.

Les critères pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer certaine sont :

- Les critères cliniques pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable ;
- La mise en évidence d'altérations histopathologiques caractéristiques obtenues par biopsie ou autopsie.

ANNEXE 5

Questionnaire d'auto-évaluation de la mémoire – Version Abrégée

Le questionnaire se subdivise en deux rubriques.

Pour chaque rubrique, nous vous demandons tout d'abord de lire attentivement toutes les questions avant de répondre à chacune d'elles en particulier. À l'aide de la grille de cotation, **cochez si l'oubli envisagé par la question vous arrive :**

JAMAIS

TRÈS RAREMENT

PARFOIS

SOUVENT

TRÈS SOUVENT

TOUJOURS

Nous vous demandons de bien répondre à toutes les questions sans en omettre. Remplissez ce questionnaire dans l'ordre proposé et **ne revenez jamais en arrière.**

Pensez-vous avoir des problèmes de mémoire dans la vie quotidienne ?

(Encerclez votre réponse)

JAMAIS - TRÈS RAREMENT – PARFOIS – SOUVENT - TRÈS SOUVENT - TOUJOURS

	JAMAIS	TRÈS RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	TRÈS SOUVENT	TOUJOURS
1-OUBLIS CONCERNANT LES CONVERSATIONS						
Avez-vous des difficultés à suivre le fil d'une conversation qui se déroule avec une seule personne parce que vous oubliez ce qui vient d'être dit?	1	2	3	4	5	6
Avez-vous des difficultés à suivre le fil d'une conversation qui se déroule avec plusieurs personnes parce que vous oubliez ce qui vient d'être dit?	1	2	3	4	5	6
Au cours d'une conversation, répétez-vous plusieurs fois la même chose parce que vous avez oublié que vous veniez de le dire?	1	2	3	4	5	6
Vous arrive-t-il de raconter plusieurs fois la même chose parce que vous aviez oublié que vous l'aviez déjà dit quelques heures ou quelques jours auparavant?	1	2	3	4	5	6
Oubliez-vous le contenu d'une conversation qui s'est déroulée quelques jours auparavant??	1	2	3	4	5	6
Oubliez-vous le contenu d'une conversation qui vient d'avoir lieu?	1	2	3	4	5	6
2- OUBLIS CONCERNANT LES FILMS, LES LIVRES						
Avez-vous des difficultés à lire parce que vous oubliez au fur et à mesure ce que vous venez de lire, ce qui vous oblige à relire?	1	2	3	4	5	6
Avez-vous des difficultés à vous souvenir de ce que vous avez lu il y a quelques jours?	1	2	3	4	5	6
Avez-vous des difficultés à suivre le déroulement d'un film, d'une émission, parce que vous oubliez ce qui vient de se passer?	1	2	3	4	5	6
Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'histoire d'un film vu il y a quelques jours?	1	2	3	4	5	6

ANNEXE 6

NOM PRÉNOM DATE

AGE NIVEAU D'ÉTUDES Primaires I Secondaires (-Bac) II Supérieures (Bac +) III

ECHELLE D'ÉVALUATION

DES DIFFICULTÉS COGNITIVES (MAC NAIR - R)

(Version Française 26 items - Derouesné et coll. 1993)

Voici la liste des phrases décrivant des difficultés que chacun peut rencontrer dans la vie quotidienne. Mettez une croix dans la colonne correspondant à la fréquence avec laquelle vous avez rencontré ces difficultés au cours des 3 dernières semaines.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Quand je suis interrompu(e) dans une lecture, j'ai du mal à retrouver où j'en étais	<input type="checkbox"/>				
Quand je fais des courses, j'ai besoin d'une liste écrite	<input type="checkbox"/>				
J'oublie des engagements, de me rendre à des rendez-vous, des réunions	<input type="checkbox"/>				
J'oublie de rappeler quand on m'a téléphoné	<input type="checkbox"/>				
J'ai du mal à mettre une clé dans une serrure	<input type="checkbox"/>				
J'oublie en cours de route des courses que j'avais projeté de faire	<input type="checkbox"/>				
J'ai des difficultés à me rappeler le nom des gens que je connais	<input type="checkbox"/>				
J'ai des difficultés pour me concentrer sur un travail ou une occupation	<input type="checkbox"/>				
J'ai des difficultés à raconter une émission que je viens de voir à la télévision	<input type="checkbox"/>				
J'ai des difficultés à exprimer clairement ce que je voudrais dire	<input type="checkbox"/>				
Il m'arrive de ne pas reconnaître des gens que je connais	<input type="checkbox"/>				

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Il m'arrive d'avoir un mot sur le bout de la langue et de ne pas pouvoir le sortir					
J'ai des difficultés à comprendre ce que je lis					
J'oublie le nom des gens juste après qu'ils m'aient été présentés					
Je perds le fil de mes idées lorsque j'écoute quelqu'un d'autre					
J'ai des difficultés à boutonner mes vêtements ou à tirer une fermeture éclair					
J'oublie quel jour de la semaine nous sommes					
Je fais des erreurs en écrivant ou en faisant des calculs					
Il m'est difficile de fixer mon esprit sur quelque chose					
J'ai du mal à coudre, à raccomoder, à faire des paquets, à effectuer de petites réparations					
J'ai du mal à fixer mon esprit sur ce que je lis					
J'oublie immédiatement ce que les gens viennent de dire					
J'oublie de payer des notes, de déposer des chèques, d'affranchir ou poster le courrier					
J'ai par moments, l'impression d'avoir la tête vide					
J'oublie quel jour du mois nous sommes					
J'ai des difficultés à utiliser des outils, des ciseaux, un tire-bouchon, un ouvre-boîte...					

TOTAL SUR 104 POINTS

Echelle de dépression gériatrique à 15 items

Entourez la proposition qui correspond à votre état (en tenant compte des dernières semaines).

Valeur des réponses	1	0
1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	oui	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	non
5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	non	oui
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	oui	non
7. Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	non	oui
8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	oui	non
9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?	oui	non
10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	oui	non
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	non	oui
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	oui	non
13. Avez-vous beaucoup d'énergie ?	non	oui
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	oui	non
15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	oui	non

Calculez le score : _____ /15

Résultats :

- ▶ Le score normal est inférieur à 5.
- ▶ À partir de 5 il y a un risque de dépression.
- ▶ Un total supérieur à 12 est en faveur d'une dépression sévère.

Echelle de dépression gériatrique à 30 items

Instructions : Encerclez la réponse exprimant le mieux comment vous vous sentiez au cours de la semaine passée :

Valeur des réponses	1	0
1. Êtes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez ?	non	oui
2. Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts ?	oui	non
3. Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie ?	oui	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	non
5. Êtes-vous optimiste quand vous pensez à l'avenir ?	non	oui
6. Êtes-vous préoccupé(e) par des pensées dont vous n'arrivez pas à vous défaire ?	oui	non
7. Avez-vous la plupart du temps un bon moral ?	non	oui
8. Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave ?	oui	non
9. Êtes-vous heureux/heureuse la plupart du temps ?	non	oui
10. Éprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance ?	oui	non
11. Vous arrive t-il souvent de ne pas tenir en place, de vous impatienter ?	oui	non
12. Préférez-vous rester chez vous au lieu de sortir pour faire de nouvelles activités ?	oui	non
13. Êtes-vous souvent inquiet(e) au sujet de l'avenir ?	oui	non
14. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens ?	oui	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle ?	non	oui
16. Vous sentez-vous souvent triste et déprimé(e) ?	oui	non
17. Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel ?	oui	non
18. Le passé vous préoccupe-t-il beaucoup ?	oui	non
19. Trouvez-vous la vie très excitante ?	non	oui
20. Avez-vous de la difficulté à entreprendre de nouveaux projets ?	oui	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	non	oui
22. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	oui	non
23. Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que vous ?	oui	non
24. Vous mettez-vous souvent en colère pour des riens ?	oui	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui	non
26. Avez-vous de la difficulté à vous concentrer ?	oui	non
27. Êtes-vous heureux/heureuse de vous lever le matin ?	non	oui
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	oui	non
29. Prenez-vous facilement des décisions ?	non	oui
30. Vos pensées sont-elles aussi claires que par le passé ?	non	oui

Calculez le score : _____ /30

Résultats :

- ▶ Moins de 10 : absence de dépression ;
- ▶ À partir de 11 : probabilité de dépression.

ANNEXE 9

Echelle d'évaluation de la dépression de P. PICHOT – QD2A

Entourez la proposition qui correspond à votre état depuis plusieurs semaines :

J'ai du mal à me débarrasser de mauvaises pensées qui me passent par la tête	vrai faux
Je suis sans énergie	vrai faux
J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent	vrai faux
Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même	vrai faux
Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose à faire	vrai faux
En ce moment je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens	vrai faux
Je suis sans espoir pour l'avenir	vrai faux
Je suis obligé(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit	vrai faux
J'ai l'esprit moins clair que d'habitude	vrai faux
Ma mémoire me semble moins bonne que d'habitude	vrai faux
En ce moment, je suis triste	vrai faux
J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire	vrai faux
En ce moment, ma vie me semble vide	vrai faux

ANNEXE 10

Questionnaire d'appréciation de la fonction de psychiatre en Centre Mémoire (CMRR).

Nom du rédacteur

Prénom du rédacteur

Fonction du rédacteur

Renseignements administratifs

Nom du centre

Nom du responsable

Adresse

Code postal

Ville

Tel

Mail

Année de création

Au sein de son établissement le centre est

Sur un site

(répondre par oui ou non)

Sur plusieurs sites

(répondre par oui ou non)

Fonctionnement du centre

Activité globale du centre mémoire : nombre de consultation et suivis tous professionnels confondus

Nombre de nouveaux patients accueillis par an tous professionnels confondus (sur l'année 2008)

Composition de l'équipe et activité (en équivalent temps plein) (répondre par oui ou non)	
	Si oui, précisez l'activité en équivalent temps plein
gériatre	
neurologue	
psychiatre	
psychologue	
neuropsychologue	
orthophoniste	
kinésithérapeute	
psychomotricien	
ergothérapeute	
secrétaire	
assistante sociale	
IDE	
aide-soignante	
ARC	
autres	Précisez

Le centre dispose-t-il de structures spécialisées associées (type hôpital de jour) _____ (répondre par oui ou non)

Si oui précisez

La fonction du psychiatre

Activité globale du psychiatre : nombre total de consultations et de suivis de patients _____

Nombre de nouveaux patients accueillis par an (sur l'année 2008) _____

Existe-il des consultations psychiatriques « de première ligne » _____ (répondre par oui ou non)

Orientation vers la consultation psychiatrique (répondre par oui ou non)

par le neurologue

par le gériatre

par un autre professionnel

par le médecin traitant

par le patient lui-même

Caractéristique du poste de psychiatre (répondre par oui ou non)

activité de secteur en parallèle

activité libérale

activité universitaire

activité de recherche

activité de formation

autre

Précisez

Quels sont les diagnostics les plus souvent retenus sur l'année 2008 par le psychiatre (critères diagnostics de la CIM-10) ?

Troubles de l'humeur (F30-39) dont :

Trouble dépressif isolé (F32.9)

Trouble dépressif récurrent (F33.9)

Autres

Nombre de diagnostics
en valeur absolue ou en
pourcentage

Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48) dont :

Trouble anxieux (F41.9)

Trouble anxio-dépressif (F41.2)

Etat de stress post-traumatique (F43.1)

Autres

Troubles de la personnalité et du comportement (F60-69)

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-19)

Schizophrénie, troubles schizotypiques (F20-29)

Troubles névrotiques, troubles lié à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48) dont :

MCI amnésique (F06.7A)

MCI autres (F06.7B)

Maladie d'Alzheimer (F00.1)

Démence front-temporale-vf (F02.0)

Démence sémantique (G31.B)

Démence vasculaire (F01.9)

Démence mixte (F00.2)

Démence parkinson/corps de lewy (F02.3)

Autres

Plainte mnésique (R41-3)

Autres, précisez

Quels sont les outils d'évaluation utilisés ? (répondre par oui ou non)

L'autoévaluation des plaintes mnésiques

La geriatric depression scale (GDS)

L'échelle de dépression d'Hamilton

MADRS

L'échelle d'anxiété d'Hamilton

L'échelle du fardeau de Zarit

NPI (neuropsychiatric inventory)

L'échelle de dysfonctionnement frontal

Evaluation clinique seule

Autres

Précisez

Par rapport à la prise en charge : (répondre par oui ou non)

activité d'évaluation diagnostique

suivi ponctuel

possibilité de suivi individuel psychothérapeutique

possibilité de rencontre familiale

thérapie familiale

possibilité d'animation de groupe ou médiation thérapeutique

Par rapport à la fonction auprès des soignants et de l'institution, Existe-il : <i>(répondre par oui ou non)</i>		Présence du psychiatre	
des reprises cliniques ?	_____	<input type="checkbox"/>	<i>(oui ou non)</i>
des synthèses cliniques ?	_____	<input type="checkbox"/>	<i>(oui ou non)</i>
des staffs pluridisciplinaires ?	_____	<input type="checkbox"/>	<i>(oui ou non)</i>
des rencontres entre professionnels du CMRR et des consultations mémoire de proximité ?	_____	<input type="checkbox"/>	<i>(oui ou non)</i>

Orientation du patient vers une prise en charge psychothérapeutique : <i>(répondre par oui ou non)</i>	
vers un suivi en libéral	_____
vers un suivi en secteur psychiatrique	_____
vers une structure spécialisée (type unité psychogériatrique)	_____ Si oui précisez _____
un suivi assuré par le psychiatre du centre	_____
un suivi assuré par un autre professionnel du centre (psychologue)	_____

Existe-il des critiques par rapport au fonctionnement actuel ? si oui lesquelles ?
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

Quelles sont vos attentes pour améliorer le fonctionnement du centre et la prise en charge du patient ?
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

--

Remarques personnelles concernant la place de la psychiatrie dans les CMRR :

BIBLIOGRAPHIE

-
- ¹ BADDELEY A. La mémoire humaine: théorie et pratique. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 1993, p. 547.
- ² GODEAU P., HERSON S., PIETTE C. Traité de Médecine. 3^{ème} éd. Paris : Médecine-Science Flammarion, 1996, 2968 p.
- ³ DUYCKAERTS C., HAUW J.J. Introduction à l'anatomie fonctionnelle et à la pathologie du système nerveux central humain. In : MIHAI ISAN BOTEZ, Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement. 3^{ème} éd. Paris : Masson, 1996, p. 57-58.
- ⁴ CAMBIER J., MASSON M., DEHAN H. Neuropsychologie. La mémoire et ses troubles. In : Abrégé de neurologie. 10^{ème} éd. Paris : Masson, 2000, p. 169-175.
- ⁵ GROSSIN B. La plainte mnésique du sujet âgé : à propos du concept de « Mild Cognitive Impairment ». Médecine Générale. Nantes : université de médecine de Nantes, 2004, 154p.
- ⁶ N'GUYEN J.P. KERAVEL Y., POIRIER J. Vues anatomiques commentées du rhinencéphale. Encyclopédie Medico-chirurgicale, Neurologie, dernière mise à jour 1987, 17-001-R10, p. 18-19.
- ⁷ LALONDE R. La neurochimie du comportement. In : MIHAI ISAN BOTEZ, Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement. 3^{ème} éd. Paris : Masson, 1996, p. 143-158.
- ⁸ TULVING E. Multiple Memory systems and consciousness. Human Neurobiology, 1987, 6, p. 67-80.
- ⁹ BADDELEY, A.D., HITCH, G. Working memory. In: Bower G. A. Ed. Recent Advances in Learning and Motivation, 8. New York : Academic Press, 1974, 8, p. 47-89.
- ¹⁰ VAN DER LINDEN M. Une approche cognitive du fonctionnement de la mémoire épisodique et de la mémoire autobiographique. Cliniques méditerranéennes, 2003, 67, p. 53-66.
- ¹¹ LA PLANCHE J., PONTALIS J.-B. Vocabulaire de la psychanalyse. 4^{ème} éd. Paris : Presse Universitaire de France, 2004, 523 p.
- ¹² FREUD S. L'interprétation des rêves (1900). Paris : Presse Universitaire de France, 1967.
- ¹³ FREUD S. La naissance de la psychanalyse, lettres à Wilhem Fliess, notes et plans. Paris : Presse Universitaire de France, 1956.

-
- ¹⁴ HERMANN P. Psychanalyse et mémoire : brève enquête sur les relations entre la mémoire et le temps dans une perspective psychanalytique. *Confrontations psychiatriques*, 2000, 41, p. 235-261.
- ¹⁵ FREUD S. Sur le mécanisme psychique de l'oubli (1898). In : *Résultats, Idées, Problèmes*. Paris : Presses Universitaires de France, traduction française, 1995, p. 99-107.
- ¹⁶ DEWAVRIN P. Neuropsychologie et psychanalyse : une rencontre inattendue. In : *Psychothérapie des démences : Quels fondements ? Quels Objectifs ?* Sous la direction de Grosclaude M. Paris : John Libbey Eurotext, 1997, 221 p.
- ¹⁷ MAYES A. R. Effects on memory of Papez circuit lesions. In: *Handbook of Neuropsychology*, sous la direction de Boller F. et Grafman J. 2^{ème} éd. Amsterdam : Elsevier, 2, p. 111-131.
- ¹⁸ PELICIER Y. Histoire de la psychiatrie (1971). 5^{ème} éd. Paris : Presse universitaire de France, 1999, 127 p.
- ¹⁹ PINEL P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation* (1809). 2^{ème} édition. Paris : Le Seuil 2005.
- ²⁰ ESQUIROL J. E. Démence. In : *Dictionnaire des sciences médicales*, par une société de médecins et de chirurgiens. Paris : Panckoute, 1814, p. 280-93.
- ²¹ BAYLE A. L. *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. Paris : Gabon, 1826.
- ²² DEROUESNE C. La maladie d'Alzheimer : regards sur le présent à la lumière du passé. Une approche historique. *Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 2008, 6, 2, p. 115-128.
- ²³ FALRET J. P. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Leçon cliniques et considérations générales*. Paris : Ballière, 1864.
- ²⁴ BALL B. CHAMBARD E. Démence. In : Dechambre A, ed. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Tome 26. Paris : Masson, 1882, p. 559-605.
- ²⁵ BERRIOS G. E. Histoire de la psychiatrie du sujet âgé. In.: Léger J.-M., Clément J.-P., Wertheimer J. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris : Flammarion Médecine Science, 1999, p. 8-25.
- ²⁶ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual Disorder*. 3^{ème} éd. DSM-III. Washington: 1980.
- ²⁷ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4^{ème} éd. Text Revised (DSM-IV-TR Washington: 2000). Traduction française. Paris : Masson, 2003.

-
- ²⁸ MC KHANN G., DRACHMAN D., FOLSTEIN M. et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease : Report of NINCDS-ADRDA. Work group under auspices of department of Health and Human Services Task Forces on Alzheimer's disease. *Neurology*, 1984, 34, p. 339-344.
- ²⁹ LEGER J.-M. Le regard du psychiatre dans la maladie d'Alzheimer est-il encore justifié ? *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2007, 7, 39, p. 7-12.
- ³⁰ ALBOU P. Les grandes étapes de l'histoire de la psychogériatrie. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2006, 6, 32, p. 45-50.
- ³¹ LEGER J.-M. La psychiatrie du sujet âgé : une discipline médicale nouvelle ? In : Léger J.-M., Clément J.-P., Wertheimer J. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris : Flammarion Médecine Science, 1999, p. 3-7.
- ³² RICHARD J., DROZ P. Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie gériatrique. *Confrontations psychiatriques*, 1984, 24, p. 275-298.
- ³³ CHARAZAC P. Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard. *L'information psychiatrique*, 2006, 82, 5, p. 383-387.
- ³⁴ JAULIN P. A propos du rapport du Pr Ménard concernant la maladie d'Alzheimer. *L'information psychiatrique*, 2008, 84, 6, p. 1-3.
- ³⁵ ROCHE A. E. Le psychiatre, le psychogériatre et les gériatres. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 2004, 4, p. 42-48.
- ³⁶ LE GOUES G. L'âge et le principe de plaisir. Paris : Dunod, 2000, 161 p.
- ³⁷ MAISONDIEU J. La signification de l'altération des facultés cognitives dans les syndromes démentiels : conséquence d'un processus organique et/ou symptôme d'un mécanisme de défense psychique, comment faire la part des choses ? *Annales Médicopsychologiques*, 2009, 167, p. 206-209.
- ³⁸ DEROUESNE C. Regard sur les manifestations psychiques et comportementales associées au vieillissement : plaidoyer pour une vision binoculaire. *L'information psychiatrique*, 2003, 79, 9, p. 753-756.
- ³⁹ HUVENT-GRELLE D., PUISIEUX F., CAMILLERI S. et al. Comparaison de deux expériences lilloises : la consultation mémoire du Centre mémoire de ressource et de recherche et la consultation mémoire de proximité de l'hôpital gériatrique Les Bateliers. *La revue de Gériatrie*, 2006, 31, 9, p. 705-712.
- ⁴⁰ BLOND J.-C. Que sont les troubles du comportement pour le psychiatre ? Dans les coulisses de la scène comportementale. *La revue de Gériatrie*, 2007, 32, 6, p. 457-460.
- ⁴¹ RICHARD J. *Psychiatrie gériatrique, Esquisse d'une histoire médicale par l'élaboration de son langage*. Sprimont (Belgique) : Mardaga, 2001, 184 p.
- ⁴² HERFRAY C. *La vieillesse en analyse*. Toulouse : Erès, 2007, 180 p.

-
- ⁴³ IMBAULT-HUART M.-J. Vieillesse et vieillissement en Occident. *Médecine de l'Homme*, 1982, 140 p.
- ⁴⁴ JAQUES E. La Mort et la crise du milieu de vie. Trad. In : Anzieu D. et al., *Psychanalyse du génie créateur*. Paris : Dunod, 1974, p. 238-260.
- ⁴⁵ LINARES J.-L. Le vieillissement. *Cahiers pratiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2003, 31, p. 6-26.
- ⁴⁶ Dictionnaire Larousse. Larousse.fr [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/français> (Page consultée le 20 Août 2009).
- ⁴⁷ LACAN J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. In : *Ecrits*, Paris, Editions du Seuil, 1966, p 93.
- ⁴⁸ FREUD S. Pour introduire le narcissisme (1914). In : Freud S. *La vie sexuelle*. Paris : Gallimard, 1969, p. 81.
- ⁴⁹ FREUD S. A delà du principe de plaisir (1920). *Essais de psychanalyse*, Paris : Payot, 1981, p. 264.
- ⁵⁰ ANZIEU D. *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1995, 291 p.
- ⁵¹ CHARAZAC P. *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*. 2^{ème} éd. Paris : Dunod, 2005, 169 p.
- ⁵² FREUD S. Les théories sexuelles infantiles (1908). In : Freud S. *La vie sexuelle*. Paris : Presses Universitaires de France, 2004, p. 14-27.
- ⁵³ KLEIN M. *Deuil et dépression* (1947). Paris : Editions Payot et Rivages, 2004, 142 p.
- ⁵⁴ FREUD S. Le Moi et le Ca (1923). In : Freud S. *Essai de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1985, p. 243.
- ⁵⁵ CATH S. The Psychoanalysis of the Older Patient. In: Meeting of the American Psychoanalytical Association. New York, 1982, p. 163-177.
- ⁵⁶ GREEN A. *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris : Presses Universitaires de France, 2005, 400 p.
- ⁵⁷ GROTJAHN M. Psychothérapie analytique des gens âgés (1955). In : Smirnoff V. *La Psychanalyse*. 1956, 2, p. 243-255.
- ⁵⁸ JONES E. Le fantasme du renversement de l'ordre des générations. In : Stronck A. *Théorie et pratique de la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, p. 372-377.
- ⁵⁹ ROBERT P. *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Société du nouveau Littré- Le Robert, 1976.

-
- ⁶⁰ LEGER J.-M. La plainte en psychogériatrie (I) - La plainte en psychiatrie du sujet âgé : sa dimension sémiotique, sa place en séméiologie, sa valeur psychopathologique. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 2005, 5, 27, p. 8-13.
- ⁶¹ KRAL V. Senescent forgetfulness: benign and malignant. *Canadian Medical Association Journal*, 1962, 86, p. 257-260.
- ⁶² DEROUESNE C. Vieillesse cérébrale normale et fonctionnement psychique. In : Léger J.-M., Clément J.-P., Wertheimer J. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris : Flammarion Médecine Science, 1999, p. 35-45.
- ⁶³ MICHEL B. F., BECKER H. Mild Cognitive Impairment - stade précoce de la maladie d'Alzheimer? *Neurologie*, 2002, 5, p. 125-129.
- ⁶⁴ CROOK T., BARTUS R., FERRIS S. H. et al. Age-associated memory impairment : proposed diagnostic criteria and measures of clinical change. Report of a national institute of mental health work group. *Developmental Neuropsychology*, 1986, 2, p.261-276.
- ⁶⁵ PETERSEN R. C. Mild cognitive impairment: transition between aging and Alzheimer disease. *Neurologia*, 2000, 15, p. 93-101.
- ⁶⁶ PETERSEN R. C., STEVENS J. C., GANGULI M. et al. Practice parameter : early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence based review). Report of the quality standards subcommittee of American Academy of Neurology. *Neurology*, 2001, 56, p. 1133-1142.
- ⁶⁷ BLANCHET S., McCORMICK L., BELLEVILLE S. et al. Les troubles cognitifs légers de la personne âgée : revue critique. *Revue Neurologique*, 2003, 2, p. 605-613.
- ⁶⁸ RITCHIE K., TOUCHON J. Mild cognitive impairment: conceptual basis and current nosological status. *Lancet*, 2000, 355, p. 225-228.
- ⁶⁹ ERIKA M., EBLY P. D., DAVID B., et al. Cognitive Impairment in Nodemented Elderly. *Archive of Neurology and Psychiatry*, 1995, 52, 6, p. 612-619.
- ⁷⁰ FLICKER C., FERRIS S., REISBERG B. Mild cognitive impairment in the erderly: predictors of dementia. *Neurology*, 1991, 41, p. 1006-1009.
- ⁷¹ VERCELLETO M. Mild Cognitive Impairment : le point sur le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer et la notion de « mild cognitive impairment », à l'occasion de quelques communications présentées à l'AAN sur ce sujet. *Neurologies*, 2001, 4, p. 228-230.
- ⁷² DUBOIS B., ALBERT M. L. Amnesic MCI or prodromal Alzheimer's disease? *Lancet Neurology*, 2003, 3, p. 246-248.
- ⁷³ PONDS R. W. H. M. Forgetfulness and cognitive aging. Prevalence, characteristics and determinants. *Neuropsychology Publishers*, Maastricht, 1998.

-
- ⁷⁴ DEROUESNE C., LACOMBLEZ L., THIBAUT S., et al. Memory complaints in young and elderly subjects. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1999, 14, p. 291-301.
- ⁷⁵ DEROUESNE C., DEALBERTO M. J., BOYER P., et al. An empirical evaluation of the "Cognitive Difficulties Scale" to assess memory complaints in general practice. A study of 1628 cognitively healthy subjects aged from 45 to 75 years (1993). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1993, 8, p. 599-607.
- ⁷⁶ BASSETT S. S., FOLSTEIN M. F. Cognitive impairment and functional disability in the absence of psychiatric diagnosis. *Psychological Medicine*, 1991, 21, p. 77-84.
- ⁷⁷ DEROUESNE C., LACOMBLEZ L. La plainte mnésique : épidémiologie et démarche diagnostique. *La Presse Médicale*, 2000, 29, 15, p. 858-862.
- ⁷⁸ CUTLER S. J., GRAMS A. E. Correlates of self-reported everyday memory problems. *Journal of Gerontology*, 1989, 43, p. 582-590.
- ⁷⁹ ARBUCKLE T. Y., GOLD D., ANDRES D. Cognitive functioning of older people. *Psychology and Aging*, 1986, 1, p. 55-62.
- ⁸⁰ DEROUESNE C., ALPEROVITCH A., ARVAY N., et al. Memory complaints in elderly. A study of 367 community dwelling individuals from 50 to 80 years old. In : *Memory of aging*. Derouesné C, Guez D, Poirier JP, eds. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1989, suppl. 1, p. 151-164.
- ⁸¹ ZANDI T. Relationship between subjective memory complaints, objective memory performance, and depression among older adults. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 2004, 19, 6, p. 353-360.
- ⁸² GELY-NARGEOT M. C., BAYARD S., DEROUESNE C. La plainte mnésique. In : *Ergis A. M., BELIN C., Moreau O. Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*. Marseille : Solal, 2006, p. 631-656.
- ⁸³ THOMAS-ANTERION C., DIRSON S., FOYATIER-MICHEL N., et al. Plainte mnésique et anxiété. A propos de quarante patients reçus dans une consultation spécialisée de mémoire. *L'Encéphale*, 1997, 23, 1, p. 42-47.
- ⁸⁴ COSTA P. T., McCRAE R. R. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1980, 38, p. 668-678.
- ⁸⁵ DEROUESNE C. La plainte mnésique. *Cliniques Méditerranéennes*, 2003, 67, p. 14-24.
- ⁸⁶ DEROUESNE C. La plainte en psychogériatrie (I) - Signification de la plainte mnésique, ou de quoi se plaint-on lorsqu'on se plaint de sa mémoire ? *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 2005, 5, 27, p. 14-18.
- ⁸⁷ VIEBAN F. CLEMENT J.-P. La plainte en psychogériatrie (II). Plainte et échanges relationnels chez les personnes âgées. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 2005, 5, 28, p. 8-12.

-
- ⁸⁸ CHARAZAC P. Comprendre la crise de la vieillesse. Paris : Dunod, 2007, 184 p.
- ⁸⁹ VIEBAN F., CLEMENT J.-P. Dossier anxiété du sujet âgé. Traitement de l'anxiété du sujet âgé. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, 2005, 5, 30, p. 16-27.
- ⁹⁰ VIEBAN F., THOMAS P., CLEMENT J.-P. Quelques réflexions au sujet de l'anxiété du sujet âgé. 23^{ème} Congrès International de la Société de Psychogériatrie de Langue Française ; Limoges. La Revue de Gériatrie, 2007, n° spécial, p. 86-107.
- ⁹¹ LEGER D. L'anxiété aiguë du sujet âgé. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, 2002, 2, p. 28-34.
- ⁹² THOMAS P., ROCHE J. Anxiété du sujet âgé. In : Léger J.-M., Clément J.-P., Wertheimer J. Psychiatrie du sujet âgé. Paris : Flammarion Médecine-Science, 1999, p.99-111.
- ⁹³ GUELFY J. D. Les aspects somatiques de l'anxiété. In : Pichot P. L'anxiété. Paris : Masson, 1987, p. 17-34.
- ⁹⁴ BOULANGER J. P., BISSERBE J. C., PERIER N. Perturbations cognitives et pathologie anxieuse. Psychiatry and Psychobiology, 1988, 3, p. 125-129.
- ⁹⁵ THOMAS-ANTERION C., DIRSON S., FOYATIER-MICHEL N., et al. Plainte mnésique et anxiété. A propos de quarante patients reçus dans une consultation spécialisée de mémoire. L'Encéphale, 1997, 23, 1, p. 42-47.
- ⁹⁶ CHARAZAC P. Comprendre la crise de la vieillesse. 2^e édition. Paris : Dunod, 2007, 184p.
- ⁹⁷ BURNS A., DENING T., LAWLOR B. Clinical guidelines in old age psychiatry. Londres: Martin Dunitz, 2002.
- ⁹⁸ BALDWIN R. C., CHIU E., KATONA C. et al. Guidelines on depression in older people. Londres: Martin Dunitz, 2002.
- ⁹⁹ FREMONT P. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillissement, 2004, 2, p. S19-S27.
- ¹⁰⁰ CLEMENT J.-P., LEGER J.-M. Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé. Les dépressions du sujet âgé. Paris : Acanthe-Masson, 1996, p. 17-30.
- ¹⁰¹ SHEENAN B., BANERJEE S. Review : somatization in the elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry, 1999, 14, p. 1044-1049.
- ¹⁰² LOO H., GALLARDA T. Troubles dépressifs et personnes âgées. Paris : John Libbey Eurotext, 2001, 172 p.
- ¹⁰³ SMITH S., SHERILL K. A., COLENDIA C. C. Assessing and treating anxiety in the elderly persons. Psychiatric Services, 1995, 46, 1, p. 36-42.

-
- ¹⁰⁴ BERGERET J. Psychologie pathologique : théorie et clinique. Paris : Masson, 362 p.
- ¹⁰⁵ VERDON B. Diversité psychopathologique dans la clinique de la plainte mnésique de l'adulte vieillissant. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillissement*, 2007, 5, 3, p. 209-223.
- ¹⁰⁶ PLOTON L. Maladie d'Alzheimer, A l'écoute d'un langage. Lyon: Chronique Sociale, 1999, 170 p.
- ¹⁰⁷ HUGONOT-DIENER L. La plainte en psychogériatrie (I) - Le dépistage de la plainte. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 2005, 5, 27, p. 19-23.
- ¹⁰⁸ DARTIGUES J. F., FABRIGOULES C., LETENNEUR L. et al. Epidémiologie de la plainte mnésique. In B. F. MICHEL et al. De la plainte mnésique à la maladie d'Alzheimer. Marseille : Solal, 1997, p. 41-45.
- ¹⁰⁹ VAN DER LINDEN M., WYNS C. H., VON FRENKELL R. Un questionnaire d'autoévaluation de la mémoire (Q. A. M.). Bruxelles : Editest, 1989.
- ¹¹⁰ MAC-NAIR D. M., KAHN R. J. Self assessment of cognitive deficits. In: Crook T. *Assessment in Geriatric Psychopharmacology*. New Canaan: Marc Powley, p. 137-143.
- ¹¹¹ POITRENAUD J., ISRAEL L., BARRECHE H. Elaboration d'une version française abrégée de l'échelle de difficultés cognitives de Mac-Nair et Kahn. In : Michel B. F. et al. De la plainte mnésique à la maladie d'Alzheimer. Marseille : Solal, 1997.
- ¹¹² GILEWSKI M. J., ZELINSKI E. M. Questionnaire Assessment of Memory Complaint. In: Poon L. W. *Clinical Assessment of older adults*. American psychiatric association. Washington, 1988, p. 93-107.
- ¹¹³ GILEWSKI M. J., ZELINSKI E. M. Memory Functioning Questionnaire. *Psycharmacology Bulletin*, 1988, 24, p. 665-670.
- ¹¹⁴ THOMAS-ANTERION C., RIBAS C., HONORE-MASSON S. et al. Evaluation de la plainte cognitive de patients Alzheimer, de sujets MCI, anxiodépressifs et de témoins avec le QCP (Questionnaire de Plainte Cognitive). *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 2004, 4, p. 30-34.
- ¹¹⁵ VAN DER LINDEN M., MEULEMANS T. BELLEVILLE S. et al. L'évaluation des troubles de la mémoire. In : Seron X., Van Der Linden M. Eds. *Traité de neuropsychologie clinique*. Tome 1. Marseille : Solal, 2000, 4, 20, p. 30-34.
- ¹¹⁶ LACOSTE L., TRIVALLE C. Echelles d'évaluation de la dépression en consultation gériatrique. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 2005, 5, 26, p. 44-51.
- ¹¹⁷ YESAVAGE J. A., BRINK T. L., ROSE T. L. et al. Development and validation of geriatric depression scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 1982-1983, 17, p. 37-49.

¹¹⁸ PICHOT P., BOYER P., PULL C. B. et al. Un questionnaire d'évaluation de la symptomatologie dépressive, le questionnaire QD2A. *Revue de Psychologie Appliquée*, 1984, 34, p. 323-340.

¹¹⁹ VENIZA J. et al. Les dépressions. In : Cappeliez P., Landreville P., Véniza J. Ed. *Psychologie clinique de la personne âgée*. Ottawa : Masson, 2000, p. 23-41.

¹²⁰ PICHOT P. Structure factorielle de l'échelle de dépression d'Hamilton I. *Annales Médico-Psychologique*, 1981, 139, p. 199-214.

¹²¹ CLEMENT J.-P. FONTANIER D., NUBUKPO P. Measuring the anxiety of the elderly. 12ème Congrès de l'Association International de Psychogériatrie. Stockholm 20-24 Sept. 2005.

¹²² Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire du 16 Avril 2002. In : Administrations sanitaires et sociales en Ile-de-France. [en ligne]. Site disponible sur : <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/personnes-agees/maladie-d-alzheimer/documents-generaux,443/circulaire-du-16-avril-2002.html>. (Page consultée le 13 Juin 2009).

¹²³ BARBERGER GATEAU P., LETENNEUR L., PERES K. Résultats de l'étude PAQUID (dernière mise à jour Janv. 2004). In : ISPED- Unité INSERM, Bordeaux. [en ligne]. Site disponible sur : http://www.isped.u-bordeaux2.fr/RECHERCHE/paquid/2004_Resultats_PAQUID.pdf. (Page consultée le 15 Juillet 2009).

¹²⁴ VAN DER FLIER W. M., SCHELTENS P. Epidemiology and risk factors of dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 2005, 76, p. 2-7.

¹²⁵ Ministère de l'emploi et de la solidarité. Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012. In : Administrations sanitaires et sociales en Ile-de France. [en ligne]. Site disponible sur : <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/personnes-agees/maladie-d-alzheimer/documents-generaux,443/plan-alzheimer-et-maladies-apparentees-2008.html>. (Page consultée le 15 Mai 2009).

¹²⁶ Ministère de l'emploi et de la solidarité. Rapport du Pr Ménard- Nov. 2007. In : Administrations sanitaires et sociales en Ile-de France. [en ligne]. Site disponible sur : <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/personnes-agees/maladie-d-alzheimer/documents-generaux,443/rapport-du-pr-menard-nov-2007.html>. (Page consultée le 24 Juin 2009).

¹²⁷ JOVELET G., FARAGGI P., GARRET-GLOANEC N. Le rapport du professeur J. Ménard sur la maladie d'Alzheimer : la réplique des psychiatres. *L'information psychiatrique*, 2008, 84, 1, p. 5-10.

¹²⁸ HAZIF-THOMAS C. Interdisciplinarité et transdisciplinarité en psychogériatrie. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 2008, 8, 46, p. 1-2.

¹²⁹ PIAGET J. *Psychologie et épistémologie : pour une théorie de la connaissance*. Paris, Gonthier-Denoël, 1976, 188 p.

-
- ¹³⁰ FREUD S. La technique psychanalytique (1904). Paris, Presses universitaires de France, 1981, 172 p.
- ¹³¹ FERENCZI S. Pour comprendre les psychonévroses du retour d'âge (1921). In : Œuvres complètes, III. Paris : Payot, 1974, p. 150-155.
- ¹³² ABRAHAM K. Le pronostic du traitement psychanalytique chez les sujets d'un certain âge (1913-1925). In : Œuvres complètes, II. Paris : Payot, 1966, p. 92-96.
- ¹³³ MEERLO J. A. M. Transference and Resistance in Geriatric Psychothérapie. *Psychoanalytical Revue*, 1955, 42,1, p. 72-82.
- ¹³⁴ BALIER C. Pour une théorie narcissique du vieillissement. *L'information psychiatrique*, 1979, 55, p. 635.
- ¹³⁵ SIMEONE I. Les aspects psychodynamiques des troubles de comportement chez le sujet sénéscent et leur approche psychodynamique. *Santé mentale au Québec*, 1990, 15, 2, p. 33-46.
- ¹³⁶ SIMEONE I., ABRAHAM G. Introduction à la psycho-gériatrie. Villeurbanne : SIMEP, 1984, 271 p.
- ¹³⁷ GOLSE B. Un travail de liaison à l'adolescence. Editions techniques. Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie, 1992, 37-216-L-10, 4 p.
- ¹³⁸ CAMUS V., PORCHET A., WERTHEIMER J. Consultation-liaison en psychiatrie chez la personne âgée. In : J.-M., Léger, J.-P., Clément, J., Wertheimer. *Psychiatrie du sujet âgé*. Flammarion Médecine-Science, 1999, p 531-539.
- ¹³⁹ QUINODOZ D. Psychothérapie des personnes âgées. *Psychothérapies*, 1987, 3, p. 151-158.
- ¹⁴⁰ CHARAZAC P. Psychothérapies du sujet âgé. Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie, 2001, 37-540-C-50, p. 1-7.
- ¹⁴¹ CHARAZAC P. Introduction aux soins gérontopsychiatriques. Paris : Dunod, 2001, 177 p.
- ¹⁴² WINNICOTT D. W. Jeu et réalité (1971). Gallimard, Collection Folio Essais, 2005, 276 p.
- ¹⁴³ CAILLOT J. P., DECHERF G. Psychanalyse du couple et de la famille. Paris : A-PSY-G, 1989, 180 p.
- ¹⁴⁴ EIGUER A. La parenté fantasmatique. Transfert et contre-transfert en thérapie familiale psychanalytique. Paris : Dunod, 1987, 222 p.
- ¹⁴⁵ RUFFIOT A. Le groupe-famille en analyse. L'appareil psychique familial. In : la Thérapie familiale psychanalytique, Paris : Dunod, 1981, p. 1-98.

¹⁴⁶ EIGUER A. Un divan pour la famille : du modèle groupal à la thérapie familiale psychanalytique. Paris : Le Centurion, 1983, 223 p.

¹⁴⁶ TALPIN J.-M., PLOTON L., GAUCHER J. et al. Soutien psychologique des familles et des soignants. In.: Léger J.-M., Clément J.-P., Wertheimer J. Psychiatrie du sujet âgé. Paris : Flammarion Médecine Science, 1999, p. 423-432.

NOM : MARQUETTE

PRENOM : CATHERINE

**Titre de Thèse : LA PLACE DU PSYCHIATRE EN CENTRE MEMOIRE DE
RESSOURCE ET DE RECHERCHE DANS LA PLAINTE MNESIQUE.**

RESUME

En s'appuyant sur les liens entre psychiatrie et maladies de la mémoire au cours du temps, sur la création et le fonctionnement des Centres Mémoire de Ressource et de Recherche (CMRR), sur une étude descriptive interrogeant les différents centres de France sur la place du psychiatre en leur sein, l'auteur met en évidence les nombreux rôles que celui-ci peut jouer.

L'auteur s'est ensuite restreint à aborder deux rôles du psychiatre en CMRR : l'analyse de la plainte mnésique et la prise en charge proposée au patient et sa famille dans une approche psychodynamique.

Les nombreuses pertes en lien avec l'avancée en âge semblent être au cœur de la plainte mnésique psychogène.

La principale optique du psychiatre dans les soins en CMRR est de pouvoir aider le patient et les soignants à créer des liens entre le symptôme et la dynamique psychique afin d'ouvrir vers un autre mode de communication ainsi que d'étayer la famille à franchir la crise que la plainte peut retranscrire.

MOTS-CLES

Centre- Mémoire- Psychiatre- Place- Plainte mnésique- Vieillesse- Perte- Evaluation-
Lien- Famille