

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

MÉMOIRE POUR LE DU DE PSYCHOGÉRIATRIE

**L'APPROCHE DES PERSONNES ÂGÉES DIFFICILES : DIAGNOSTIC ET
PRISE EN CHARGE**

Années 2014-2016

LA VIEILLE DAME, LE CHIEN ET LES NOTES DE MUSIQUE

Une expérience de pratique collaborative à partir d'un cas clinique

**Docteur Edith MEUNE
Médecin des Hôpitaux**

**Docteur Muriel THALASSINOS
Psychiatre des Hôpitaux**

PLAN

INTRODUCTION

1- CAS CLINIQUE

1-1 L'URGENCE

1-2 LE SERVICE DE PSYCHIATRIE

1-3 L'UNITÉ DE GÉRIATRIE AIGUE: UGA

1-4 L'AVAL

2- CONSTRUCTION DU CAS

2-1 LE POINT DE VUE DU PSYCHIATRE

2-1-1 ABORDS CATÉGORIEL ET DIMENSIONNEL

- Un masque délirant de dépression
- Un délire d'apparition tardive
- Un état de stress post-traumatique

2-1-2 ABORD ÉCOLOGIQUE

- Un syndrome d'Ulysse
- Un huis-clos

2-2 LE POINT DE VUE DU GÉRIATRE

2-3 LE POINT DE VUE PSYCHOGÉRIATRIQUE

3- REMARQUES SUR LE PARCOURS DE SOIN: LIMITES DE LA FILIÈRE

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

L'offre de soins spécifique en psychiatrie du sujet âgé en France est jugée insuffisante, malgré une transition démographique évidente vers le vieillissement de la population.

Nous mentionnerons les freins bien connus et recensés : déficit de collaboration et manque d'acculturation entre médecins gériatres et psychiatres, relatif manque d'appétence des psychiatres pour cette clinique, non recoupement géographique entre secteurs de psychiatrie et filières gériatriques.

Pour autant, la répartition des dispositifs de soins reste très hétérogène en France, la cartographie de l'offre de soin en IDF montrant des dispositifs isolés ou /et partiels.

La lisibilité des étapes de la filière est relative, et l'articulation entre ces étapes, si l'on s'en réfère à la notion de trajectoire de soins cohérente, aléatoire.

Les patients résidant à leur domicile sont suivis par leur médecin traitant et l'accès aux soins spécialisés dans les cas sévères, se heurte à **un déficit de ressources en psychiatrie du sujet âgé**: l'accès aux soins s'effectue par un passage aux urgences sur le mode de la crise, qu'il s'agisse d'une décompensation de la personne ou d'un échec de son écosystème de vie.

En aval, les structures adéquates ne sont pas toujours identifiées, et le parcours de soins pensé en termes de structures, ne correspond pas forcément aux besoins de la personne. Ce d'autant qu'il existe trop souvent, entre les différents intervenants chronologiques, un défaut de transmission et une perte d'information.

PANCREAZI et al. rappelaient la confusion sémantique entre géronto-psychiatrie et psychogériatrie, et prônait le terme de psychiatrie de la personne âgée supposé « définir clairement l'implantation du champ d'expertise en psychiatrie »

Au plan clinique, il est classique d'évoquer une clinique psychiatrique propre au sujet âgé, de par les spécificités psychopathologiques, somatiques, sociales et thérapeutiques et de distinguer 3 groupes de patient:

Les patients ayant présenté des troubles mentaux sur toute leur vie et qui, vieillissant, sont dans une transition entre un statut de « malade mental » et un statut de « personne âgée dépendante ».

Les patients présentant un trouble mental d'apparition tardive, vers 60-65 ans, soit très tardive, après 75 ans (le « Very Late Onset Psychosis » des anglo-saxons).

Les patients présentant des affections neuro-dégénératives ou vasculaires avec expression psychiatrique.

A travers la reconstruction de notre cas clinique, considéré comme paradigmatique, nous aborderons la problématique posée par l'évolution de ces troubles d'apparition tardive et l'entrelacs symptomatique possible chez les sujets des 2 derniers groupes.

Nous illustrerons ainsi la nécessité d'une approche pluridisciplinaire définissant la psychogériatrie, et l'utilité de maintenir les démarches diagnostiques propres à chaque spécialité. Les questions inhérentes à l'organisation des soins sur le mode de la filière seront brièvement évoquées, du point de vue des praticiennes de terrain.

1- CAS CLINIQUE

1-1 L'URGENCE

Madame O, 88 ans, est adressée le 26 février 2015 aux Urgences de l'hôpital général par son médecin traitant pour « hallucinations auditives avec persécution de la part de ses voisins ».

Il est précisé que :

- Les troubles évoluent depuis 2 semaines
- Que le bilan biologique et le scanner cérébral pratiqués en janvier sont normaux
- Qu'il y aurait notion de « musique dans la tête » dans le compte rendu du SSR de janvier 2013 (lequel est joint au courrier).

L'examen somatique et le bilan biologique standard étant sans particularités, la patiente est transférée en psychiatrie après que le psychiatre de garde ait confirmé un délire de persécution.

Au plan des antécédents médico-chirurgicaux sont notés:

- HTA
- Dyslipidémie
- Leucémie lymphoïde chronique stade A diagnostiquée en 2001 suivie en ville jusqu'en 2012 (suivi interrompu car normalité du bilan).
- Chirurgie d'un fibrome utérin en 1972
- Occlusion sur bride en 2008
- Exérèse d'adénopathies cervicales en 2008
- Sepsis sur pyélonéphrite aiguë et angor cardiaque fin 2012 avec hospitalisation en médecine puis en SSR. L'échographie cardiaque d'alors ne montre qu'une insuffisance aortique à 2/4 et une insuffisance mitrale minime. Une coloscopie montre une diverticulose modérée.

Lors de ce séjour en SSR, seront confirmés : une insuffisance rénale chronique, une cardiopathie ischémique, une presbycousie bilatérale modérée.

Au plan psychiatrique, il est mentionné une anxiété minime, et des hallucinations hypnopompiques survenant en seconde partie de nuit, critiquées par la patiente. Le fonctionnement cognitif est évalué comme satisfaisant avec un MMS à 28/30,

- Pas d'habitus alcool-tabagique.

Notons que cette hospitalisation a eu lieu dans un hôpital différent, que le médecin traitant a changé, et que les CRH de ces 2 séjours ne parviendront qu'en fin du séjour en psychiatrie.

Le traitement habituel associé :

SIMVASTATINE 20 mg/j, CARDENSIEL 1,25 mg/j, KARDEGIC 75 mg/j, VALSTARTAN 40 mg/j, INEXIUM 40 mg/j, TRINIPATCH 10 mg/j, DEROXAT: 20 mg/j, DOLIPRANE 3 gr/j, UVEDOSE: 1 amp/3 mois et Vit B12: 1 amp/mois.

1-2 LE SERVICE DE PSYCHIATRIE

Madame O se présente de manière cordiale et vive, bien que discrètement hypomimique. Elle porte des lunettes et présente une hypoaccousie depuis 3 mois selon elle.

Lors des 5 entretiens, (effectués par 3 psychiatres différents), elle explique sans réticence être venue à l'hôpital pour se protéger des persécutions dont elle est l'objet.

Depuis quelques semaines, elle n'en n'est pas certaine, on pénètre dans sa cave, on y dépose des objets extravagants, on lui dérobe du courrier, des chèquiers, et « des choses »; elle entend clairement, alors qu'elle est seule chez elle, des insultes, des menaces (lui couper le cou, la faire passer à la chaise électrique), des propos inquiétants concernant le bébé de la voisine qui serait décédé.

Il y a « eu des lettres anonymes » qui parlaient « aussi de bébés morts dans le jardin ».

A deux reprises les voix ont commenté « précisément ce qu'elle était en train de faire » et affirmé que ses aliments seraient empoisonnés.

Elle n'ose plus vraiment sortir de chez elle, évoque la jalousie de ses voisins, « les choses s'aggravent » à tel point qu'elle a préféré passer quelques jours chez sa « fille adoptive ».

Il ne semble pas y avoir eu de troubles notables du comportement, hormis une altercation avec un voisin accusé de la voler.

Elle n'a jamais eu ce type de difficultés, hormis lors de son hospitalisation en SSR il y a 2 ans, où elle entendait « de la musique quand je me réveillais la nuit » Mme O est affirmative: « c'était très différent de maintenant »

Mme O ajoute que son frère d'un an son cadet, l'a spoliée lors de l'héritage de ses parents, « il y a à peu près 10 ans », qu'elle a rompu toutes relations avec lui à la suite de cette affaire et ne voit donc plus ses 2 neveux. On lui a dit récemment qu'il avait « été déterré la nuit et en fait il n'était pas mort »

Mme O énonce cette thématique funèbre en se déclarant angoissée sans que cela n'apparaisse évident à l'interlocuteur.

Mme O aborde facilement et de manière précise sa biographie : elle a été élevée en région parisienne par ses parents originaires des Ardennes.

Elle a dû interrompre ses études après le CEP, à cause de la guerre, « une période horrible, j'ai peur que cela recommence » et travailler comme secrétaire sténodactylo.

Mme O s'épanche longuement, avec luxe de détails, sur son long parcours professionnel, où elle a progressé en suivant des formations jusque devenir secrétaire de direction. Elle cite avec emphase les patronymes de ses patrons « illustres » et insiste sur les services par elle rendus.

Elle déclare avoir bien vécu sa retraite prise à 60 ans, mais ne peut préciser ses occupations et centres d'intérêt en dehors de la télévision qu'elle regarde tous les jours. Elle ajoutera lors d'un entretien, s'être sentie « plus fatiguée et un peu découragée pour mes 80 ans ».

Mme O est beaucoup moins diserte sur sa vie affective, elle évoque peu ses parents et son enfance, situe le décès de sa mère vers 1980 et celui de son père vers 1990. Elle a été mariée

entre l'âge de 25 et 29 ans et a divorcé d'un époux « alcoolique et bon à rien », affirmant s'être « facilement passée des hommes ».

Mme O confiera presque furtivement avoir « fait un avortement » sans que nous puissions lui faire préciser la date et les circonstances « vous comprenez, on ne parlait pas de ces choses-là ».

Mme O explique s'être réfugiée chez X, suite aux conflits de voisinage « c'est comme ma fille adoptive, c'est mon héritière »

La patiente a rencontré sa « petite voisine » 4 ans auparavant, le mari de cette dernière avait effectué quelques menus travaux dans son pavillon. Elle loue son dévouement, son aide pour les courses et le ménage, sa gentillesse, qu'elle a déjà récompensée par des dons d'argent liquide dont elle ne peut ou ne veut préciser le montant.

Mme O précise avoir refait son testament en 2013, peu après être sortie du SSR, « tout en faveur » de X. La patiente précisera être propriétaire de sa maison, d'une résidence secondaire dans le sud de la France, de plusieurs comptes bancaires.

Durant les 7 jours d'hospitalisation dans le service on colligera d'autres éléments cliniques.

Les hallucinations auditives surviennent surtout la nuit, lors de réveils matinaux précoces vers 4 heures du matin : la patiente entend des bruits de fusillade, persuadée qu'il s'agit d'exécutions en cours, des voix confuses, et des bruits de bombardements.

En outre, à plusieurs reprises, Mme O vient voir les IDE de nuit, effrayée par des cauchemars où elle voit des gens inconnus enfermés dans sa cave, des bébés morts. Un matin, on la retrouve cachée sous un escalier, affirmant avoir fui un chien noir énorme venu dans sa chambre, et le cadavre d'une infirmière qui avait été fusillée.

La patiente salue systématiquement, sans aucune ironie et sans aucune conscience de son erreur, les médecins d'un sonore « Maître » indépendamment du genre de son interlocuteur.

Des hallucinations accoustico-verbales sont également retrouvées dans la journée, sans l'indexation anxieuse constatée la nuit, à contenu péjoratif ou menaçant. Le délire n'est jamais véritablement organisé, un thème succédant à un autre, sans que la patiente n'articule un scénario ou un roman paranoïaque.

Les entretiens seront répétitifs, sans informations nouvelles de la part de Mme O, chez qui on relève une certaine fatigabilité intellectuelle, une tendance au radotage, des troubles de l'attention, quelques altérations fluctuantes de l'orientation spatio-temporelle, des difficultés mnésiques antérogrades (nomme des évènements majeurs récents avec indiçage).

Il n'y aura jamais d'éléments confusionnels francs.

Le troisième jour, Mme O chutera sans gravité dans le service, c'est à cette occasion qu'elle évoquera 3 chutes survenues dans les dernières semaines à son domicile.

On parviendra à dater la prescription de PAROXETINE vers 2011, la vente de la maison parentale (source du conflit dans la fratrie et de la rupture relationnelle) il y a une trentaine d'années.

Une jeune femme se présentera dès le lendemain de l'hospitalisation, sollicitant les IDE pour obtenir des renseignements médicaux d'une manière extrêmement théâtrale, ce qui va alerter l'équipe.

Elle se définit également comme la « fille de cœur » de Mme O, les clés de la maison de la patiente sont en sa possession, qu'elle refusera dans un premier temps de rendre.

Elle décrit Mme O comme en perte d'autonomie depuis 2 ans (sortie du SSR), c'est elle ou son époux qui font les courses, elle prépare la cuisine, et fait « tampon » avec certains voisins lassés des « délires de persécution » de Mme O.

Elle déclare être très attachée à la patiente, « plus proche que de ma mère » mais semble ignorer les problèmes médicaux des dernières années et les problèmes familiaux.

Au plan thérapeutique psychiatrique :

Le psychiatre du service, suspend la PAROXETINE de manière dégressive en 3 jours et introduira RISPERIDONE 2mg/j.

Une demande de sauvegarde de justice est effectuée.

Devant les troubles cognitifs, un avis gériatrique est demandé.

1-3 L'UGA

1-3-1 INTERROGATOIRE

Antécédents personnels et familiaux

En dehors des éléments déjà mentionnés auparavant, l'interrogatoire recherche de façon priorisée les antécédents de maladie de mémoire chez madame O. et l'hypertension artérielle.

Selon madame O. ses parents n'ont pas eu de pathologie de mémoire, père décédé à 70 ans d'un cancer du poumon suite à une intoxication tabagique et sa mère à 94 ans. Elle a un frère qu'elle ne voit plus car elle aurait été spoliée lors de l'héritage et qui n'a pas de maladie de mémoire non plus.

La patiente est hypertendue, traitée et ne présente pas d'atteinte rénale ni cardiaque de son HTA.

Histoire de la maladie

Le début des troubles remonterait à 4 ans où elle dit avoir été hospitalisée pour « des voix qu'elle entendait ». Ces hallucinations auditives étaient uniquement nocturnes.

Actuellement elle décrit également des hallucinations visuelles, elle voit un chien dans sa chambre ou son frère.

Elle présente des idées probablement délirantes, elle se sent persécutée par un voisin.

Elle ne présente pas de plainte mnésique.

1-3-2 EXAMEN CLINIQUE

La patiente apparait en bon état général, les constantes sont satisfaisantes : TA 140/76, SaO2 98%, FC 70, température 37.1, poids 64kgs pour 1.60m.

L'auscultation cardio-pulmonaire est normale, pas de foyer pulmonaire auscultatoire. Il n'y a pas de globe ni de fécalome.

Sur le plan neurologique, les paires crâniennes sont normales, on ne constate pas de troubles de l'occulo-motricité, pas de déficit sensitivo-moteur.

Elle présente une **roue dentée gauche isolée**.

Elle décrit des troubles de la marche depuis 8 ans avec des chutes, mais la marche est normale, discrètement précautionneuse, appui monopodal possible et vitesse de marche normale.

Il n'y a pas de syndrome cérébelleux cinétique ou statique.

Le langage est fluent, plus ou moins informatif sans paraphasie, ni manque de mot, ni dysarthrie.

Il n'est pas noté de désorientation temporo-spatiale. Elle échoue au test de l'horloge.

La patiente ne retrouve aucun fait d'actualité récent mais donne les noms du président de la république française et celui du 1^{er} ministre.

Les Activities of Daily Living (ADL) sont à 6/6, l'échelle d'Activités Instrumentales de la vie courante (IADL) est à 2/4, elle ne prend plus les transports publics et le budget est difficilement géré, il existe des incohérences dans des dons auprès de ses aides.

Sur le plan somatique, dès le lendemain de son transfert en UGA, la patiente va présenter un **malaise vagal avec une désaturation** : une **embolie pulmonaire (EP) bilatérale** est mise en évidence justifiant une anticoagulation curative par HBPM puis relais AVK.

Il n'est pas mis en évidence d'étiologie expliquant l'embolie pulmonaire (la LLC n'est pas considérée comme un facteur favorisant).

L'IRM cérébrale est normale pour l'âge :

- Leucoaraiose scorée selon Wahlund : 1 en périventriculaire, 0 en substance blanche profonde
- Sans lacunes, sans microhémorragies sans infarctus des gros vaisseaux
- Atrophie ainsi scorée selon Kipps :
 - En frontal, grade 1 à droite et à gauche
 - En temporal antérieur, grade 1 à droite et à gauche
 - En temporal postérieur, grade 1 à droite et à gauche
 - Atrophie hippocampique selon Sheltens, grade 1 à droite et à gauche

L'évaluation neuro-psychologique met en évidence :

- **MMS 24/30** perte de 3 points en orientation 1 point au rappel 1 point au langage et 1 au calcul donc score inférieur aux normes du GRECO (on attend 25) mais patiente hospitalisée donc peu de repères temporeux.
- Idées délirantes à thème de persécution
- Hallucinations auditives depuis au moins 3 ans et hallucinations visuelles
Elle entendait une voix d'homme par l'intermédiaire du téléphone et la télévision qui la menaçait et l'informait qu'elle était en danger. Sentiment de préjudice et de persécution par les voisins qui lui veulent du mal, spoliation par son frère.
- Troubles de l'attention et de la vigilance
- Troubles cognitifs avec perte d'autonomie.

La biologie exhaustive est normale.

Le DAT SCAN retrouve une **dénervation dopaminergique** pré-synaptique modérée des putamens postérieurs modérément asymétriques aux dépens du côté gauche.

La conclusion de l'examen (hors embolie pulmonaire) est :

- Tableau cognitif marqué par des hallucinations
- Idées délirantes à type de persécution
- Sans désorientation temporo-spatiale
- Roue dentée gauche
- IRM cérébrale normale pour l'âge
- Chutes
- Troubles attentionnels et de la vigilance prédominants
- Perte d'autonomie sur les IADL

1-3-3 AU PLAN PSYCHIATRIQUE :

La patiente sera revue dans le cadre de la psychiatrie de liaison à l'UGA : **la RISPERIDONE a été suspendue compte-tenu de la suspicion de DCL.**

Devant l'apparition claire d'affects dépressifs, l'asthénie, la clinophilie (en partie liée aux complications somatiques), l'anxiété, on décide de réintroduire un traitement antidépresseur de type **MIANSERINE, de manière progressive à 30mg/j** et **ALPRAZOLAM 0,25 1 la nuit** si besoin.

Les hallucinations perdurent encore quelques jours puis diminuent franchement avec critique partielle et perplexité.

Mme O se montrera progressivement ambivalente quant à « sa fille » : elle se plaindra d'avoir été abusée au plan financier, exigera la restitution de ses clés, tout en maintenant un lien affectueux avec elle et lui demandant de l'aide lors des visites quasi-quotidiennes.

1-4 L'AVAL

Mme O sera réexaminée par un psychiatre durant son séjour en SSR : absence d'hallucinations, critique partielle des hallucinations antérieures.

Alors que la patiente est toujours sous MIANSERINE (30 mg/jour) et ALPRAZOLAM (0,25 mg/jour), de la RISPERIDONE est ajoutée à la dose de 1mg/jour en raison d'une recrudescence anxieuse.

L'état psychique sera jugé satisfaisant, le traitement bien toléré avec en particulier l'absence de signes extra-pyramidaux et de chutes.

La patiente refusera les propositions de portage de repas et d'aides à domicile, et décidera de se faire aider par son amie, alors qu'une mesure de protection est en cours et que la demande d'APA a été faite.

Elle réintégrera donc son pavillon, avec délivrance du traitement par une infirmière à domicile et un rendez-vous au CMP.

2- CONSTRUCTION DU CAS

2-1 LE POINT DE VUE DU PSYCHIATRE

Cette patiente présentait un tableau complexe et hétérogène associant:

- Une humeur « limite » compte-tenu d'un traitement antidépresseur, poursuivi depuis des années, avec persistance de réveils matinaux précoces.
- Un délire de persécution et de préjudice relativement peu systématisé, procédant de mécanismes hallucinatoires auditifs et visuels (hallucinations visuelles complexes récurrentes) prédominants, d'intuitions et d'interprétations dans une moindre mesure, dont le vécu était fluctuant, tantôt éminemment anxieux, tantôt à la limite de l'indifférence, assorti de quelques manifestations comportementales.
- Des cauchemars vécus de manière intense, à contenu oniroïde riche mais funèbre.
- Des troubles neuro-cognitifs de caractère fluctuant, avec notion de chutes récentes.
- Une personnalité que l'on pourrait qualifier de paranoïaque- sensitive (isolement affectif et social ancien, méfiance, sens du devoir et de l'ordre, orgueil, fascination platonique pour des hommes importants).
- Une désafférentation sensorielle visuelle et auditive.
- Enfin au plan des événements de vie récents ou semi-récents : une hospitalisation de 2 mois il y a 2 ans, une perte d'autonomie modérée mais très minorée par la patiente, justifiant en partie de l'importance prise par son amie.

Cette complexité analysée selon plusieurs axes pose d'emblée question quant à un diagnostic strictement catégoriel.

2-1-1 ABORDS CATÉGORIEL ET DIMENSIONNEL

° **Un masque délirant de dépression ou Épisode Dépressif Majeur avec troubles psychotiques non congruents à l'humeur ?**

On pouvait l'évoquer devant la thématique de préjudice et de vol chez une femme sans antécédent psychotique de cette nature, la dégradation des relations sociales avec le voisinage et un comportement ayant été parfois quérulent, néanmoins, on ne retrouvait ni tristesse ni ralentissement, ni hostilité.

Encore fallait-il tenir compte d'un traitement antidépresseur au long cours. Le diagnostic de dépression avec caractéristiques non congruentes à l'humeur n'a pas été retenu comme actuel lors du séjour en psychiatrie, malgré la tonalité parfois funèbre des contenus délirants et/ou cauchemardesques et les réveils matinaux précoces, ceci en l'absence d'hostilité, d'anhédonie, d'anorexie, de culpabilité, et l'existence d'un traitement antidépresseur à dose réputée efficace. Pour autant, un état dépressif évolutif à bas bruit sous traitement et/ou associé à une autre pathologie ne pouvait être formellement écarté selon nous.

Devant l'état délirant, l'hypothèque somatique a été levée (aspect non aigu, bilan dans les limites de la normale, absence de confusion).

Ont été écartées l'hypothèse d'un épisode psychotique aigu réactionnel au vu de la durée d'évolution, et l'hypothèse d'un trouble schizophrénique ancien (bonne adaptation antérieure, absence d'hospitalisation en psychiatrie, clinique actuelle sans aucun élément dissociatif ou de désorganisation).

Cet état délirant d'apparition tardive pouvait faire discuter une psychose hallucinatoire chronique (PHC) en France, et une psychose d'apparition très tardive : Very Late Onset Psychosis (VLOP) ou Very Late Onset Schizophrenia like Psychosis (VLOSP) des anglo-saxons.

° Un délire d'apparition tardive ?

Kraepelin (1910), Kleist (1913), avaient décrit respectivement, des délires de préjudice tardifs et des paranoïas d'involution.

En 2000, HOWARD et al. proposent « en consensus » les termes de Late Onset et Very Late Onset Schizophrenia like Psychosis, pour des troubles apparaissant respectivement après l'âge de 40 et 60 ans.

Le DSM 5 conserve la catégorie trouble délirant en spécifiant 5 types : mégalomaniac, érotomaniac, jalousie, persécution, somatique, mixte, non spécifié.

Sous conditions d'une durée d'évolution supérieure à 1 mois, et que le critère A de la schizophrénie n'ai jamais été rempli.

Le clinicien français retrouve ainsi la PHC (Psychose Hallucinatoire Chronique), et les délires paranoïaques systématisés et passionnels.

Il ne doit pas y avoir de troubles neurocognitif.

La plupart des auteurs anglo-saxons (HOWARD et al., GIRARD et al.) décrivent pour les troubles d'apparition très tardive :

- L'absence d'antécédents familiaux
- Une prédominance des sujets de sexe féminin
- L'existence d'un isolement social
- La fréquence d'une atteinte sensorielle
- La rareté des signes négatifs, de la désorganisation de la pensée, des hallucinations visuelles et des antécédents familiaux

On peut retrouver ainsi une schizophrénie peu schizophrénique pour un fidèle de Kraepelin ou Bleuler, opter pour une PHC au sens des auteurs français.

Plus sérieusement, on identifie les caractéristiques décrites par des auteurs comme BAZIN et al. pour les délires tardifs.

La PHC d'apparition ou de révélation tardive pouvait ici être évoquée devant la richesse hallucinatoire, la thématique persécutive, la personnalité de base. Mais le possible commentaire des actes retrouvé à deux reprises seulement ne plaide pas pour un automatisme mental important, indispensable pour retenir ce diagnostic.

La forte propension à délirer est considérée comme une « spécificité de la psychiatrie du sujet âgé » (BAZIN).

Outre la fragilisation neurale en lien avec le vieillissement, on évoque classiquement des facteurs de déclenchement et/ou aggravant comme l'isolement, la solitude, l'ennui, la méfiance et le sentiment d'insécurité, une désafférentation sensorielle ou un évènement de vie minime.

Nous rappellerons brièvement la description habituelle, avec un mode de survenue souvent insidieux sous forme d'anxiété diffuse et vague, assortie d'une irritabilité et d'une certaine méfiance envers l'entourage, la fréquence des plaintes hypochondriaques.

La phase d'état associe une thématique de vol ou déplacement d'objets, d'empoisonnement, de jalousie ou hypochondriaque.

Les mécanismes sont souvent multiples, il y a peu de systématisation et la conviction peut être forte.

Ainsi, dans le cas de notre patiente, ce diagnostic de délire de persécution d'apparition tardive pouvait être le plus adéquat, mais d'une part, il posait la question de son statut par rapport aux troubles neurocognitifs, et d'autre part, ne pouvait prétendre à résumer l'ensemble de la symptomatologie.

Une occurrence épidémiologique permet de travailler la première partie de la question.

La prévalence du délire a été estimée à 20% chez des patients âgés hospitalisés (CLEMENT et al.) et à 10% en population générale pour les sujets de plus de 85 ans (BAZIN et al.)

MANEPALLI et al. retrouvent 10% de symptômes psychotiques d'apparition très tardive chez des patients admis en Unité de Gériatrie Psychiatrique, et estiment que l'on peut retenir de la littérature une prévalence de 1 à 4,7% de trouble délirant en population générale, et de 7 à 13% dans la population des sujets âgés de 85 ans ou plus.

Dans leur suivi de cohorte de sujets non déments, OSTLING et al. ont retrouvé une incidence de 4,8% pour un premier épisode délirant, et notamment une incidence de 19,8% chez les personnes de plus de 85 ans.

Reste le problème du devenir de ces délires d'apparition tardive et donc leur rapport avec les troubles neurocognitifs (démences).

OSTLING et al. considèrent qu'il s'agit d'un facteur de risque pour la survenue d'une démence, voire d'une expression prodromique, notamment lorsque le sujet présente des hallucinations. Dans l'étude de cohorte sus citée, 25,2% des sujets sains vont présenter une démence à 3 ans du suivi, versus 44,4% des sujets délirants, dont 63,3% des sujets hallucinés.

GIRARD et al. font état d'une évolution vers la démence chez 20% des sujets ayant présenté une VLOS versus 5,9% des sujets ayant une EOS (Ealy Onset Schizophrenia).

Il semble que l'on ne puisse considérer ces délires d'apparition très tardive comme une catégorie totalement séparée des processus démentiels ou troubles neurocognitifs, ce qui est patent dans le cas de notre patiente, et qui, nous le verrons plus loin, a motivé le recours au gériatre.

Pour autant, quelques éléments de discours très particuliers pouvaient nous faire évoquer un autre diagnostic.

° Un état de stress post traumatique ou ESPT ?

Il s'agit d'une pathologie dont la fréquence est probablement sous-estimée chez la personne âgée : une symptomatologie polymorphe avec souffrance marquée peut être évocatrice de ce trouble. Ce n'est qu'en 2003 que VAN ZELST et al. s'intéressent spécifiquement à une population de sujets âgés de plus de 60 ans (2/3 ont plus de 70 ans), et retrouvent une prévalence à 6 mois de 0,9% pour ce trouble.

Il apparaît essentiel de discerner entre un événement traumatique récent vécu par le sujet âgé (ESPT de novo), d'une effraction traumatique ancienne qui « décompense » tardivement, ou qui se trouve réactivée après des décennies sans symptômes (CHARLES et CLÉMENT).

Ceci pose la question de la réappropriation du passé : la vulnérabilité et les événements de vie stressants, souvent couplés avec le vieillissement, peuvent réactiver des traumatismes plus anciens.

Le syndrome de répétition silencieux peut ressurgir lors de ruptures sociales (hospitalisation, pathologie organique grave) ou lors d'évènements rappelant le premier événement traumatique (commémoration, agression, événement de l'actualité).

Dans ce registre, la retraite peut représenter un déterminant essentiel par perte de la protection exercée par l'activité professionnelle, sociale.

Nous ne reviendrons pas sur la triade : syndrome de répétition, conduites d'évitement et activation neuro-végétative. Néanmoins, certains insistent sur un niveau plus bas de symptômes intrusifs et un niveau plus élevé d'hyper vigilance chez le sujet âgé, comparé à l'adulte jeune (GOENJIAN et al.)

MITTAL et al. posent la question de l'apparition d'une symptomatologie psycho traumatique chez des sujets âgés, dans un contexte de déclin cognitif lié aux démences : la neurodégénérescence serait alors susceptible de faciliter la résurgence des symptômes d'ESPT (préservation des souvenirs anciens au détriment de la fixation).

Dans le cas de notre patiente, que ce soit lors des épisodes nocturnes (cauchemars ou phénomènes hypnopompiques) ou dans la thématique délirante, des « champignons du passé » (MONFORT) méritaient d'être « re-cueillis » :

- Les références à la guerre (bombardements, fusillades, décapitation, frère déterré, « ça recommence ») nous semblent liées à sa biographie (a vécu la seconde guerre comme adolescente), et possiblement, sur un plan transgénérationnel, à celle de ses parents et grands-parents, originaires des Ardennes (guerre de 1870, notamment défaite de Sedan, et première guerre mondiale).

- Les références à des « bébés morts » nous semblent en lien avec son interruption volontaire de grossesse, transgressive à l'époque.

Malheureusement, la réticence de la patiente et sans doute notre maladresse n'ont pas permis d'aborder cette double problématique plus en avant.

Enfin, notre patiente regardait la TV, les attentats du mois de janvier 2015, ne lui avaient pas échappé, et nous y avons vu, pour elle, un effet « déclic ».

2-1-2 ABORD ÉCOLOGIQUE.

Une lecture « en axe 2 » nous a déjà fait évoquer une personnalité ancienne de type sensitif.

Une lecture quasi « archéo-ethno-psychogériatrique » (MONFORT) quelque peu sommaire, nous a fait évoquer une dimension post traumatique ne résumant certes pas la pathologie.

Restait la prise en compte de l'environnement actuel de notre patiente, en rupture avérée de liens familiaux (son frère avait refusé de nous parler lors de la tentative de contact téléphonique et sa belle-sœur avait confirmé leur souhait de « ne plus en entendre parler »)

La relation de Mme O avec son « amie-fille-adoptive-aidante » nous a évoqué le syndrome de captation affective ou syndrome d'Ulysse : recours à la dépendance à un individu ou à un groupe selon MONFORT.

Dans le cas de notre patiente, si la situation avait alerté l'équipe psychiatrique, les choses nous semblaient devoir être nuancées :

Il existait une rétribution sans doute excessive des services rendus, une relative dépendance compte-tenu de la dégradation de l'état de santé de Mme O.

Pour autant, la jeune femme s'était comportée en aidante, le lien affectif envers cette femme âgée était réel. Informée de la mesure de protection à venir, elle n'a jamais interrompu ses visites et a ultérieurement participé bénévolement cette fois, au retour à domicile.

Cet attachement était sans doute à la mesure de celui de Mme O., en rupture de filiation et de lien avec ses neveux.

On pouvait également lire cette relation, du point de vue de Mme O, comme une « réalisation » de filiation parthénogénétique (« les hommes je m'en suis passée »), elle qui avait « fait passer » un embryon jadis.

POLARD et LINX définissent le « vieillir en huis clos » comme une situation où, un périmètre « verrouillé » est délimité autour d'une ou plusieurs personnes âgées vulnérables, périmètre au sein duquel paroles, actes, voire pensées, sont placés sous contrôle.

Cette situation se met en place à partir d'un événement « réel ou fantasmé » révélant une menace et la fragilité de la personne âgée, qu'il convient désormais de protéger.

Nous mentionnons cette conception parce qu'elle nous semble rejoindre, en terme de mécanismes, l'emprise perverse et la captation affective.

Dans le cas de Mme O, on pourrait parler d'un huis clos mis en place progressivement en 2013 à la sortie du SSR, avec le but affiché (que l'on vérifiera dans notre service) de protéger d'une menace imprécise la personne en voie de fragilisation (« elle était seule, il pouvait arriver n'importe quoi » propos tenus à une infirmière par l'amie-fille-adoptive).

Mais ici, la menace entrait en résonance profonde avec la personnalité de base de la patiente et avec l'émergence de la thématique délirante.

C'est donc l'hospitalisation qui viendra révéler le huis clos en introduisant des tiers, la Loi, et en identifiant clairement la menace comme délirante d'un côté et fantasmatique de l'autre.

2-2 LE POINT DE VUE DU GÉRIATRE

2-2-1 ELEMENTS A PRENDRE EN COMPTE POUR LE GERIATRE

Lorsqu' un patient âgé présente un trouble atypique, plusieurs questions doivent être posées : s'agit-il d'un trouble récent, est-ce une confusion, existe-t-il un facteur déclenchant ?

L'examen clinique, la biologie, le scanner cérébral ne font état d'aucun sepsis, de troubles ioniques, de globe, de fécalome... ou toute autre pathologie pouvant être à l'origine d'une décompensation des fonctions cérébrales, selon le 1+2+3 du Professeur Bouchon.

Le médecin traitant en charge du patient connaissait depuis peu madame O, il évoque des hallucinations depuis 2 semaines dans un contexte de difficultés au maintien à domicile justifiant le déménagement de madame O chez une amie.

Il apparaît que les troubles sont anciens mais récemment aggravés.

Lors du contact téléphonique établi à l'UGA avec la belle-sœur de la patiente, celle-ci indique que les contacts sont coupés depuis de nombreuses années en raison des troubles du comportement de madame O, qui a accusé le frère de spoliation. Elle confirme également les nombreux conflits avec ses voisins.

Le compte rendu d'hospitalisation de 2013 mentionne des hallucinations auditives critiquées par la patiente de survenue nocturne.

Les hallucinations auditives n'ont pas été bilantées, si ce n'est par un EEG qui était normal et un bilan ORL qui témoignait d'une presbyaccousie symétrique à appareiller.

Le MMS effectué lors de son hospitalisation en 2013 était à 28/30, ce qui est normal compte tenu des normes du GRECO mais ce test est peu adapté aux hauts niveaux intellectuels, et il n'a pas été accompagné d'évaluation neuropsychologique.

Ces hallucinations n'ont donc pas été caractérisables.

Il semble exister une pathologie chronique évoluant depuis quelques années et aggravée récemment.

Il n'y a pas eu de modification thérapeutique récente, pas d'élément déclenchant apparent.

Madame O est sous DEROXAT lors de son arrivée à l'hôpital de Nanterre, et elle était déjà sous ce même antidépresseur lors de son hospitalisation précédente. La responsabilité de cette médication dans les hallucinations est donc peu probable.

Il est diagnostiqué **une embolie pulmonaire bilatérale** peu après son entrée à l'hôpital, celle-ci est impossible à dater. Elle peut être consécutive à la perte de mobilité de madame O chez son amie ou être plus ancienne et avoir entraîné une **hypoxie progressivement majorée** et avoir une responsabilité dans la **survenue des hallucinations**.

2-2-2 UNE DEMENCE AVEC HALLUCINATIONS ?

La patiente présente les critères compatibles avec une atteinte neuro-dégénérative selon la DSM IV.

Elle a un déclin cognitif avec une moindre autonomie, non expliqué par un syndrome confusionnel ni un trouble psychiatrique.

Le syndrome démentiel chez cette patiente touche au moins 2 domaines, le comportement social inacceptable et les fonctions exécutives et visuo-spatiales.

Selon la DSM IV, la maladie d'Alzheimer ou apparentés se traduit par :

- un déclin cognitif avec une moindre autonomie
- d'installation et d'aggravation progressive
- touchant la mémoire et au moins un 2^{ème} domaine, aphasie, apraxie, agnosie ou les fonctions exécutives

non expliqué par une maladie de Parkinson, une chorée de Huntington, un HSD chronique, une maladie du système, un déficit en B9, B12, une hypothyroïdie, un trouble psychiatrique majeur (dépression, schizophrénie) ou des médicaments (psychotropes, benzodiazépines).

- Ou touchant d'abord le langage, le visuo-spatial, les fonctions exécutives et au moins un 2eme domaine en l'absence de :

pathologies concomitantes cérébro-vasculaires

signes centraux de DCL

signes d' APP (aphasie progressive primaire)

autres maladies cérébrales ou des médicaments

Dans la classification DSM V, la démence d'Alzheimer ou apparentée est affirmée selon les critères 1+2+3 mais sans le 4 et donc les troubles du comportement ne sont pas réellement acceptés.

Aussi on retient plus volontiers la DSM IV pour l'évaluation gériatrique de l'atteinte neuro-dégénérative.

Les critères de Mac Kahn en 2011 évoquaient :

- 1-un déclin cognitif avec une moindre autonomie non expliqué par un syndrome confusionnel ou un trouble psychiatrique

2-et touchait au moins 2 domaines : mémoire, exécutif, visuo-spatial, langage, comportemental avec apathie, retrait social, empathie, comportement social inacceptable.

Le tableau de madame O. est donc compatible avec une atteinte neuro-dégénérative, maladie d'Alzheimer ou apparentée, puis qu'elle présente un déclin cognitif avec une moindre autonomie, une atteinte comportementale avec un profil attentionnel et dysexécutif aux tests neuropsychologiques.

Quelle démence ?

Le tableau cognitif de madame O. est marqué était dominé par les hallucinations et les idées délirantes.

Cette symptomatologie peut survenir au cours de la maladie d'Alzheimer (MA), la démence à corps de Lewy (DCL), et la maladie de Parkinson (MP).

Selon FÉNELON et MAHIEUX, la prévalence des hallucinations est plus élevée dans la DCL puis la MP puis la MA.

Dans ces atteintes neuro-dégénératives, les hallucinations sont le plus souvent visuelles complexes, plus rarement auditives et tactiles.

Des formes mineures (illusions, sensations de présence) sont possibles. Elles tendent à récidiver avec une prédominance vespérale et nocturne. Elles ne sont pas critiquées lorsque les troubles cognitifs sont sévères.

Elles peuvent être associées à d'autres troubles psychologiques et comportementaux comme des idées délirantes ou des troubles de l'identification.

Spécificités de la DCL

La DCL est définie par 3 caractéristiques cliniques outre les caractéristiques principales de la démence : les hallucinations visuelles récurrentes, les fluctuations cognitives avec variations et les caractéristiques motrices spontanées du syndrome Parkinsonien.

Pour que la DCL soit dite « probable », il faut qu'il y ait présence de 2 des caractéristiques essentielles tandis que la DCL « possible », une des caractéristiques essentielles doit être présente.

En ce qui concerne notre patiente,

Sur le plan cognitif, elle présentait un dysfonctionnement sous cortical frontal avec des troubles de l'attention et des difficultés d'abstraction.

Par exemple, il lui a été impossible d'effectuer le test de l'horloge.

Les patients atteints de DCL ont davantage de difficultés spatiales, notamment dans l'exécution de tâches visuelles complexes, mais également avec des tâches conçues pour évaluer la perception visuelle élémentaire (MEGA et al.).

Le déficit de l'attention est en cause dans les fluctuations cognitives qui s'observent pendant quelques minutes, des jours, voire des mois, et influent sur le rendement aux tests cognitifs (MCKEITH et al.).

Notre patiente a ainsi échoué à plusieurs tests du seul fait des troubles attentionnels.

Elle ne présentait pas d'atteinte hippocampique avec un RL/RI à 16/16 et un MMS variant entre 24 et 28/30, sachant qu'elle était hospitalisée.

Le profil cognitif n'était pas en faveur d'une MA car madame O était « non mnésique ».

Sur le plan neuropsychiatrique, la manifestation la plus fréquente de la DCL sont les hallucinations visuelles. Elles ont été décrites par Mac Keith comme étant bien formées, récurrentes, détaillées, et représentant souvent de petits animaux ou des personnes s'introduisant dans le domicile des patients. 19% des patients peuvent avoir des hallucinations auditives.

Les patients manifestant des hallucinations visuelles et auditives, présentaient au mini-examen de l'état mental (MMSE) un score supérieur à 20 et une DCL plus sévère (BALLARD C et al).

Pour MCKEITH et al. les idées délirantes seraient plus rares dans la DCL.

En revanche, environ un tiers des patients atteints de MA présentent des idées délirantes (BASSIONY et al.).

Les premières études (WRAGG et al.) à s'être penchées sur la prévalence des idées délirantes associées aux démences, ont fait état d'une prévalence allant de 10% à 73%. Toutefois, la distinction entre hallucinations et idées délirantes n'était pas toujours effectuée et ces études regroupaient des patients atteints de démences différentes.

PAULSEN et al. ont observé que la prévalence des idées délirantes augmente de 20% la première année suivant le diagnostic, et de 50% quatre années ultérieures.

Plusieurs systèmes de classification des idées délirantes propres à la MA ont été proposés. MIGLIORELLI et al distinguent 5 sous type d'idéation délirante:

- Les idées délirantes paranoïdes, par rapport au vol (patient convaincu qu'on lui a dérobé quelque chose), aux fantômes (le patient est convaincu que quelqu'un s'est introduit dans la maison), à l'infidélité conjugale et à l'abandon.
- L'hypocondrie délirante
- Le syndrome de Capgras (délire d'illusion des sosies)
- La confusion entourant le domicile
- Les idées délirantes mégalomaniaques.

Selon CUMMINGS, qui a étudié les idées délirantes chez 20 patients présentant un syndrome cérébral organique, les idées de persécution simples sont les plus courantes dans la MA, alors que les autres sous-types comme la mégalomanie ou les délires de persécution complexes vont accompagner d'autres syndromes cérébraux.

Il n'y a pas de consensus sur les facteurs prédisposant aux idées délirantes dans la MA.

Les épreuves de vie et le type de personnalité avant l'apparition de la maladie semblent cependant jouer un rôle (BALLARD)

En ce qui concerne madame O. elle présentait des hallucinations visuelles, auditives et des idées délirantes de persécution.

La fonction neurologique dans la DCL :

Un syndrome Parkinsonien est présent chez plus de 70% des patients (MCKEITH et al).

Les signes extrapyramidaux sont présents dans 25 à 30% des patients au moment du diagnostic.

Les patients atteints de DCL démontrent souvent une instabilité posturale et une impassibilité du visage sans présenter davantage de tremblements

Dans une étude de perspective clinico-pathologique, on a constaté que l'absence de signes extrapyramidaux était la cause manquante la plus fréquente dans le diagnostic de la DCL.

Madame O. présentait une probable roue dentée à gauche uniquement retrouvée par la manœuvre de Froment et de façon inconstante par l'ensemble de praticiens.

Le rôle aggravant des neuroleptiques

La DCL s'aggrave sous neuroleptiques, on parle de sensibilité aux neuroleptiques, y compris avec les neuroleptiques atypiques, mais uniquement pour 50% des patients qui présenteraient alors une exacerbation du syndrome Parkinsonien, des troubles du comportement, une somnolence, une confusion et un coma. Ce critère d'hypersensibilité reste donc secondaire dans le diagnostic de DCL.

Madame O a initialement bénéficié d'un traitement par RISPERDAL sans véritable aggravation des troubles sous-jacents. En revanche elle a présenté des hallucinations visuelles marquées nocturnes, elle voyait un chien dans sa chambre et elle est sortie se cacher sous l'escalier car elle avait peur de ce chien, rêves actés ?

En SSR, elle a bénéficié de nouveau de petites doses de RISPERDAL devant une anxiété importante malgré la MIANSERINE à 30mg.

Elle n'avait alors plus d'hallucinations et l'anxiété a été améliorée.

Madame O. présente un syndrome démentiel.

Le profil neuropsychologique de madame O. qui est dyséxécutive, attentionnelle, fluctuante non mnésique, associé à des hallucinations, et de probables rêves actés suffit pour diagnostiquer une DCL.

L'absence d'hypersensibilité aux neuroleptiques et le syndrome Parkinsonien (non retrouvé par l'ensemble des praticiens) n'infirmant pas le diagnostic.

La normalité de l'IRM et la dénervation dopaminergique au Dat Scan permettent de conforter le diagnostic de DCL.

2-3 LE POINT DE VUE PSYCHOGÉRIATRIQUE

L'approche psychogériatrique est bien fondée, dans le cas de notre patiente, sur la « révélation » via une pathologie délirante d'une démence à corps de Lewy.

Mais c'est une carence d'approche psychogériatrique qui a fait passer pour décompensation aiguë d'un trouble délirant chronique, ce qui était en fait un processus neurodégénératif évoluant depuis au moins 2 ans.

En 2013, lors du passage en SSR, l'existence d'hallucinations hypnopompiques n'avait pas fait l'objet d'un bilan neuro-psychologique. Certes le MMS était normal à 28 selon les normes du GRECO ainsi que l'EEG.

Le médecin généraliste, connaissant peu la patiente, a perçu le syndrome délirant comme aigu devant l'angoisse de la patiente qui exprimait ses hallucinations, et les querelles avec le voisinage. Mais elle n'a pas pris contact avec l'entourage, et n'a pas fait le lien avec le CRH du SSR qui était en sa possession.

L'urgentiste et le premier psychiatre examinant la patiente à l'hôpital, ont évoqué d'emblée une PHC devant la prégnance hallucinatoire, prégnance imputée possiblement à la PAROXÉTINE. Or cette molécule était prescrite à notre patiente depuis des années...

Pour le psychiatre, le diagnostic de DCL, qui fut en fait assez vite évoqué par certains dans le service, s'étaye désormais assez facilement sur le DSM 5 (utilisé ici uniquement dans son acception première de manuel statistique, définissant un abord probabiliste du diagnostic).

Les critères pour le trouble neurocognitif à corps de Lewy sont les suivants :

A- Critères d'un trouble neurocognitif remplis

B- Début insidieux et progression graduelle

C- Combinaison de caractéristiques diagnostiques cardinales et évocatrices pour une maladie à corps de Lewy probable ou possible.

Les caractéristiques cardinales sont :

- Fluctuations du fonctionnement cognitif avec variations prononcées de l'attention et de la vigilance
- Hallucinations visuelles répétées, bien construites et détaillées
- Signes spontanés de parkinsonisme avec début subséquent au développement de l'atteinte cognitive.

Les caractéristiques évocatrices sont :

- Troubles du comportement en sommeil paradoxal

- Hypersensibilité sévère aux neuroleptiques

Le trouble neurocognitif majeur ou léger probable avec corps de Lewy est retenu s'il existe deux caractéristiques cardinales ou une caractéristique évocatrice avec une ou plusieurs caractéristiques cardinales.

Le trouble neurocognitif majeur ou léger possible avec corps de Lewy est retenu s'il existe seulement une caractéristique cardinale et une ou plusieurs caractéristiques évocatrices.

D- La perturbation n'est pas mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance ou un autre trouble mental neurologique ou systémique.

Le DSM 5 considère certaines caractéristiques comme « en faveur du diagnostic » ce qui nous intéresse particulièrement dans le cas de notre patiente.

Sont notamment répertoriées : des hallucinations auditives décrites comme fréquentes, des idées délirantes systématisées, des identifications erronées délirantes et la dépression.

Pour autant, dans le cas de Mme O, le statut de certains symptômes a fait débat entre les points de vue psychiatrique et gériatrique :

Le trouble du comportement nocturne, lorsque la patiente a fait état d'un chien noir et du cadavre d'une infirmière dans sa chambre a été considéré comme un cauchemar acté par la psychiatre, et comme de pures hallucinations visuelles par la gériatre.

L'acculturation des deux médecins a permis d'éliminer un trouble du comportement en sommeil paradoxal et de considérer comme incertain le statut sémiologique de l'épisode.

Si l'on considère l'expression clinique du délire comme une articulation entre un « terrain », un contexte personnel et environnemental, et un/des événements de vie, nous pouvons identifier la « signature » du sujet dans l'extériorisation du trouble neurocognitif, bien au-delà de l'aspect catégoriel.

Le terrain serait ici la personnalité et la biographie de Mme O : une personnalité de type sensitif et une biographie marquée par la guerre (et ce possiblement sur trois générations au moins), et par un acte transgressif pour l'époque touchant à la filiation et à la maternité.

Si nous gardons en mémoire la discrétion sinon la réticence de la patiente concernant ses parents, nous ne pouvons éliminer des carences affectives et/ou des secrets de famille.

Le contexte personnel de Mme O. dans les dernières années a été marqué successivement par : un isolement relationnel et peut-être un certain ennui du fait de la retraite (et de la personnalité de base), des atteintes sensorielles, puis somatiques, avec une longue hospitalisation et une perte d'autonomie relative.

Le délire de persécution peut également signer ici l'échec des mécanismes adaptatifs face au vieillissement, en particulier face aux troubles de mémoire.

Au « mieux vaut délirer que d'être seul » (CLEMENT), nous ajouterons « il n'est jamais trop tard pour avoir un enfant à son image ». L'environnement proche a « fourni » une aidante.

Nous posons également que cette relation d'aide intéressée a pu masquer un certain temps la perte d'autonomie et l'émergence délirante pour un observateur extérieur (médecin par ex).

Les évènements de l'actualité récente qui ont fait régner un climat de guerre, saturation médiatique oblige, dans le pays, nous semblent avoir clairement participé de l'explosion délirante, sous une forme quasi traumatique (réactivation).

C'est bien cette expression bruyante du délire de persécution qui a motivé dès les urgences, l'étiquette « psychiatrique » et l'orientation dans le service.

C'est dire aussi que dans le cas de Mme O, ce sont dans un sens les « champignons du passé » qui ont accéléré le retour dans un circuit de soins.

3- REMARQUES SUR LE PARCOURS DE SOINS: LIMITES DE LA FILIÈRE

Le cas de notre patiente illustre selon nous l'écart entre le programmatique et la filière dans sa conception idéalisante, et ...la réalité de terrain.

Cette femme âgée, plutôt méfiante et isolée, consultait peu son médecin référent, n'était pas connue du CLIC pourtant actif et bien implanté dans la ville.

Le délire enfin exprimé à son médecin a provoqué une entrée dans le soin sur le mode de la crise, avec une **arrivée « en catastrophe » aux urgences**, alors qu'il n'y avait pas de troubles du comportement sévères avérés.

Un double signalement au CLIC et au CMP auraient pu faciliter une entrée moins bruyante dans le soin voire éviter une hospitalisation.

Il fut d'ailleurs heureux que la patiente accepte les soins psychiatriques car aucune hospitalisation sous contrainte n'avait été prévue.

Elle s'est donc retrouvée en soins libres et en service ouvert.

Néanmoins, on peut questionner l'intégration d'une femme de 88 ans dans un service de psychiatrie adulte « aigu », sans lits dédiés à la psychiatrie du sujet âgé, ni dans cet hôpital, ni dans les hôpitaux du territoire.

Durant son séjour en psychiatrie, **la patiente a eu clairement tendance à se réfugier dans sa chambre, très souvent allongée** malgré les sollicitations de l'équipe, le milieu n'étant absolument pas adapté à ses besoins.

Le doute est permis quant à **l'impact étiologique de cette « clinophilie induite » sur la survenue d'une embolie pulmonaire.**

Le fait que la patiente ait pu être transférée dans l'Unité de Gériatrie Aigue ne relève que de la bonne collaboration (pour ne pas dire de la bonne entente) entre la responsable de l'unité et certains psychiatres du pôle de psychiatrie.

C'est ainsi que la gériatre s'est déplacée dans le service de psychiatrie et que la psychiatre a suivi la patiente après son transfert à l'UGA dans le cadre de la psychiatrie de liaison.

Là où une déclinaison de cette première partie de la filière aurait pu se concevoir sur le mode d'une ou plusieurs consultations au CMP, suivies éventuellement d'une hospitalisation en UGA.

Là où la programmatique prévoit une équipe mobile intersectorielle de psychiatrie du sujet âgé, alors qu'aucune n'est créée sur l'ensemble des secteurs du territoire de santé de cet hôpital.

Dans un second temps, l'orientation en SSR nous semble recevable compte-tenu du contexte clinique et de la nécessité de prolonger les soins et l'évaluation de l'autonomie.

Pour autant, il n'y a eu qu'une seule consultation psychiatrique. A notre sens, cette patiente justifiait d'un suivi psychiatrique régulier, ce dont témoigne paradoxalement l'orientation finale vers le CMP effectuée par ce même SSR.

Notre patiente a donc effectué un parcours de soins séquencé sur trois structures : **service de psychiatrie, UGA et SSR.**

Ceci impliquait pour cette patiente âgée, méfiante, et altérée au plan cognitif, **un triple bouleversement des repères**, une succession de changement d'espaces et d'interlocuteurs.

CONCLUSIONS

Cette vignette clinique finalement assez banale nous permet d'illustrer ce que nous retenons de nos expériences de gériatre et de psychiatre lors d'interventions auprès des sujets âgés.

Au plan clinique, nous espérons avoir montré que, si notre tendance « naturelle » de spécialiste tend à nous faire interpréter certains symptômes incomplets ou atypiques au prisme de nos cultures respectives, une acculturation réciproque permet **de savoir laisser un doute (raisonnable) sur le statut de certains de ces symptômes**, sans grever la démarche diagnostique conjointe.

Ceci implique que le psychiatre ne se formalise pas des hésitations du gériatre pour caractériser un délire, et que le gériatre ne s'impatiente pas devant la « compulsion à décoder » du psychiatre.

Cette démarche clinique et para clinique conjointe nous semble absolument indispensable dans ces cas fréquents où **le trouble neurocognitif débutant s'accompagne de, ou se révèle par des symptômes franchement psychiatriques.**

Pour la gériatre, si toute personne a une histoire de vie, il n'en reste pas moins que la nature est à l'origine de pathologies diverses qui doivent être diagnostiquées et traitées.

La spécificité du sujet âgé tient à un passé « riche » et à des situations cliniques « en cascade ». Il ne suffit pas de chercher l'arbre qui cache la forêt, mais de penser iatrogénie médicamenteuse, pathologies organiques atypiques, évolution des troubles.

Pour la psychiatre, l'abord organique, neurobiologique, est parfaitement revendiqué, mais n'exclut en rien la **co-construction du sens avec le patient.**

Parce qu'au-delà du diagnostic, c'est tout le dispositif thérapeutique qui est en jeu :

- il convient de décider du traitement psychotrope adéquat, en connaissant suffisamment bien les multiples recommandations, et pouvoir s'autoriser à s'en écarter prudemment.

Par exemple, traiter l'état délirant de notre patiente par un antipsychotique à petite dose et sur une courte durée, représentait certes un risque dans ce contexte de DCL. Mais ce traitement a également permis le soulagement de l'angoisse (et le sur-traumatisme), et **a permis d'éviter la double peine de la stigmatisation « dément-délirant »**

Conserver l'association avec un antidépresseur réputé bien toléré chez la personne âgée a favorisé la bonne récupération de la patiente après son périple institutionnel de plusieurs semaines

- **faire l'hypothèse du sens** face au contenu d'un délire même peu organisé, ou une expression d'allure traumatique, **c'est ouvrir un accompagnement** psychothérapeutique pour un sujet encore largement accessible à cette prise en charge.

Nous estimons que la qualité de la récupération fonctionnelle est autant liée au potentiel de notre patiente qu'à la prise en charge psychogériatrique, mais **nous postulons** selon notre expérience, que **le maintien à domicile** prolongé de ces sujets âgés **implique**, au plan médical, la pérennisation de cette **double prise en charge.**

A l'inverse, dans le cas des patients psychiatriques présentant un trouble neurocognitif débutant, savoir demander un avis neurologique et/ou gériatrique peut permettre d'optimiser la prise en charge, d'anticiper et d'accompagner la perte d'autonomie.

Au plan de la recherche, il nous semble que les symptômes délirants communs aux pathologies neurodéveloppementales (schizophrénie, bipolarité) et neurodégénératives méritent toute l'attention tant des psychiatres que des neurologues ou gériatres.

En effet, ces pathologies font l'objet d'hypothèses physiopathologiques nombreuses et complexes, et d'investigations par des techniques d'imagerie sophistiquées qu'il ne convient pas d'aborder ici. (Mais il est intéressant de noter à titre d'exemple, que dans la synucléopathie qu'est la DCL, les transmissions dopaminergique et acétylcholinergique sont atteintes, et la synucléine jouerait un rôle dans la plasticité synaptique. Or on sait l'implication dopaminergique dans la pathologie schizophrénique, notamment l'incendie dopaminergique qui marquerait la phase de transition chez le sujet jeune.)

Il nous paraît ainsi que quel que soit le niveau, clinique, thérapeutique, théorique, les espaces de collaboration et d'articulation entre psychiatre et gériatre sont parfaitement légitimés et autorisent une pratique psychogériatrique.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE GÉRIATRIQUE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994)

Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders.

Washington, DC, 4th ed : APA

FENELON G., MAHIEUX F.

Hallucinations et démences

MEGA MS, MASTERMAN DL, BENSON DF et al

Dementia with Lewy bodies : reliability and validity of clinical and pathologic criteria.

Neurology, 1996, 47 (6) : 1403-09

MCKEITH IG, MINTZER J, AARSLAND D et al

Dementia with Lewy bodies.

Lancet Neurol. 2004 : 3 (1), 19-28

BENTALL RP, BAKER GA, HAVERS S

Reality monitoring and visual hallucinations.

British Journal of Clinical Psychology, 1991, 30 : 213-222

BASSIONY, M. M. et al

Delusions et hallucinations in Alzheimer's disease : prevalence and clinical correlates

Int J Geriatr Psychiatry 200 ; 15(2) : 99-107.

WRAGG, R. E., JESTE D

Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease

Am J Psychiatry 1989, 146(5) : 577-87.

PAULSEN, J.S. et al.

Neuro-behaviors and psychotic symptoms in Alzheimer's disease

J Int Neuropsychol Soc 2000 ; 6(7).

MIGLIORELLI R. et al.

Neuropsychiatric and neuropsychological correlates of delusions in Alzheimer's disease

Psychol Med 1995, 25(3):505-13.

CUMMINGS, J. L.

The interrelations between psychosis, behavioral disturbance, and depression in Alzheimer disease

Alzheimer Dis Assoc Disord 1999, 13 Suppl 2:S3-8.

BALLARD, C. G. et al.

Classification of psychotic symptoms in dementia sufferers

Acta Psychiatr Scand 1995 , 92(1) :63-8.

BALLARD C, HOLMES C, MCKEITH IG

Psychiatric morbidity in dementia with Lewy bodies: A prospective clinical and neuropathological comparative study with Alzheimer's disease.

Am J Psychiatry 1999, 156(7):1039-45.

MCKEITH IG.

Dementia with Lewy bodies. Br J Psychiatry, 2002, 188 :144-7.

BIBLIOGRAPHIE PSYCHIATRIQUE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

DSM 5

Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux

5^e édition

Elsevier Masson, 2015

BAZIN N, CLEMENT J P, JALENQUES I.

Pathologie délirante

In Psychiatrie de la Personne Agée, Flammarion Médecine Sciences, 2010

BRODATHY H., LUSCOMBE G., PARKER G.

Increased rate of psychosis and psychomotor change in depression with age.

Psychol.Med. 1997, 27: 1205-1213

CHARLES É, CLEMENT JP

Pathologie post traumatique.

In Psychiatrie de la Personne Agée, Flammarion Médecine Sciences, 2010

GERHARD T, HUBRECHTS K, OLFSON M, SCHNEEWEISS S, BOBO VW et al.

Comparative mortality risks of antipsychotic medications in community-dwelling older adults.

Br J Psychiatry 2014; 205: 44–51.

GIRARD C., SIMARD M.

Elderly patients with very late -onset schizophrenia- like psychosis and early onset schizophrenia: Cross sectional and retrospective clinical findings.

Open Journal of Psychiatry, 2012, 2: 305-316

<http://dx.doi.org/10.4236/ojpsych.2012.24043> Published Online October 2012

GOENJIAN AK, NAJARIAN LM, PYNOOS RS

Post-traumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia

Am J Psychiatry, 1994, 151: 895-901

HOWARD R., RABINS P. V., SEENAN M. V. and the International Late Onset Schizophrenia Group

Late- onset schizophrenia and very late onset schizophrenia -like psychosis.

An International Consensus.

American Journal of Psychiatry, 2000, 157: 172-178

MANEPALLI J.

Differential diagnosis of the older patients with psychotics symptoms.

Primary Psychiatry, Aug 1, 2007

<http://primarypsychiatry.com>

MITTAL D, TORRES D, ABASHIDZE A, JIMERSON N

Worsening of post traumatic disorder symptoms with cognitive decline: case series

J Gériatre Psychiatry Neurol, 2001, 14: 17-20

MONFORT J-C

La Psychogériatrie.

PUF, 5eme Ed. 2014

OSTLING S., SKOOG I.

Psychotic symptoms and paranoid ideation in a non-demented population-based sample of the very old.

Arch.Gen.Psychiatry, 2002, 59: 53-59

PANCRAZI M-P, GUINARD P, ISSERLIS C

L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en IDF L'Information Psychiatrique, 2015, vol 91 : 755-761

POLARD J, LINX P.

Vieillir en huis clos

Eres Ed., Paris, 2014

RIGAUD AS, LATOUR F, LENOIR H et al

Troubles psychiques des sujets âgés.

EMC-Psychiatrie 2 (2005) 259-281

SETOGUCHI S, WANG P, BROOKHART A et al.

Potential Causes of Higher Mortality in Elderly Users of Conventional and Atypical Antipsychotic Medications.

J. Am. Geriatr. Soc, 2001, 56: 1644-1650

VAN ZELST WH, DE BEURS E, BEEKMAN AT

Prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder in older adults

Psychother Psychosom, 2003, 72: 333-342

