



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le corps dans la dépression des sujets vieillissants,
Détournements anthropologiques et mises au point psychiatriques.**

Présentée et soutenue publiquement le 21 février à 18h
Au Pôle Formation
Par Mathilde LABEY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Docteur Jean-Paul DURAND

Madame Rosa CARON

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Paul DURAND

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

« Ce n'est pas parce que j'ai un pied dans la tombe
qu'il faut me marcher sur l'autre »

François Mauriac

Liste des abréviations

AAGP : American Association of Geriatric Psychiatry

CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale

CIM : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

DEA : Diplôme d'Etude Approfondie

DRESS : Direction, Recherche, Etudes, Evaluation et Statistiques.

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

EAGP : Association Européenne de Psychiatrie Gériatrique

EGP : Echelle gériatrique de psychomotricité

IASP : Internationale association for Studies of Pain

IPA : International Psycho-Geriatric Association

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer devenue Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes Agées.

MDA : Maisons Départementales d'Autonomie

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

OMS : Organisation mondiale de la santé

UEMS : Union Européenne des Médecins Spécialistes

SPLF : Société de Psychogériatrie de Langue Française

WPA : World Psychiatric Association

Table des matières

Table des matières	8
Résumé.....	10
Introduction	11
A. Définition du Sujet	11
B. Plan.....	14
C. Méthode.....	14
I. Culture contemporaine de la jeunesse et médicalisation de la vieillesse.....	17
A. Enjeux de la démographie moderne	19
1. La vieillesse avant l'avènement de l'âge classique	19
2. Naissance des classes d'âge.....	20
3. Naissance du concept de vieillissement de la population.....	22
B. Le concept d'individu.....	25
1. L'isolement des corps : des humeurs au moi peau.....	25
2. Construction de l'individu	34
3. Culture de la performance	40
C. « Gestion » des corps vieillissant	43
1. Assistance aux personnes âgées	44
2. Le paradoxe des réseaux et de la coordination	48
3. Culture matérielle et esthétique	53
II. Dépression du sujet âgé : le corps comme cause et réceptacle	57
A. Epidémiologie	57
1. Dépression et suicide du sujet âgée : données françaises et internationales	57
2. Difficulté du cadre nosologique.....	61
B. La place du corps dans la clinique dépressive.....	63
1. Vers une clinique spécifique	63
2. Cerveau, vieillissement et dépression.....	71
a) Vieillissement cérébral normal	71
b) Dépression et cerveau	73
c) Masque démentiel.....	75
d) Dépression et maladies neurologiques centrales	76
e) Mr D.....	78
3. La plainte du corps	79
a) Douleur et dépression	80

b) Masque somatique	82
c) Mme V.....	86
4. La crise du vieillir par le corps	89
a) La crise du vieillir	89
b) La trahison du corps.....	91
c) Mme T.....	92
C. Soins.....	94
1. Prérequis	95
a) Lieu et modalité de soin.....	95
b) Bilan somatique préthérapeutique	97
a) La douleur	98
2. Chimiothérapie	99
a) Antidépresseurs.....	99
b) Thymorégulateurs	100
c) Anxiolytiques.....	101
3. Traitement physique à action centrale	102
4. Psychothérapies	104
a) Cognitivo-comportementale	104
b) Brève et systémique	105
c) Psychanalytique	106
5. Psychomotricité	108
a) Principe	108
b) Travail avec les personnes vieillissantes déprimées	108
Conclusion.....	112
Annexes	114
Bibliographie.....	119

Résumé

La dépression des sujets âgés est un problème majeur de santé publique. Elle pose des difficultés diagnostiques et thérapeutiques spécifiques. Le corps y joue un rôle central. Nous replaçons ce trouble dans un décor anthropologique, à savoir l'histoire contemporaine des représentations du corps vieillissant.

Les bouleversements culturels opérants depuis le XVIIIème siècle et l'apparition de la médecine actuelle ont transformé le regard social sur le corps. Par le principe de performance, la dynamique du projet orientée vers l'avenir est inventée. Dès lors les corps vieillissants apparaissent comme des antiprojets dont les caractéristiques se cristallisent autour des préoccupations de dépendance et de perte d'autonomie.

Ainsi nous voyons la dépression des sujets vieillissants potentiellement comme une prophétie autoréalisante de la conception contemporaine du corps. Le défi du temps impose un vécu de trahison et une crise du vieillir. Le trouble dépressif est dans ce contexte banalisé comme une souffrance normale inéluctable. Mais il peut également être masqué par des troubles cognitifs ou la plainte somatique.

L'enjeu du soin est d'une part de repérer les comorbidités et les facteurs précipitants. Une place spécifique doit être faite à l'exploration des douleurs. Le travail impose une collaboration interdisciplinaire. Le traitement est multidimensionnel centré sur les choix du sujet et de son entourage. La prescription de traitements médicamenteux doit tenir compte des spécificités pharmacocinétiques et pharmacodynamiques. Les traitements physiques à action centrale ont de ce point de vue une indication intéressante. Les psychothérapies et la psychomotricité permettent de recentrer le sujet sur son être au monde, et de renouer avec une utilité propre.

Introduction

« A cinq ans tu me dis que mes rides rendaient ma peau plus douce et plus belle. J'avais soixante dix ans. Je ne me vis plus de la même manière ». Cette remarque il y a quelques années de ma grand-mère a peut-être été le premier épisode de ce travail.

Le deuxième épisode est marqué par l'étonnement répété à la lecture d'ouvrages et de phrases introductives comme « actuellement nous assistons à un vieillissement inédit de la population » suivi de l'énoncé de rapports démographiques sur des prévisions de la proportion des personnes de plus de 70 ans en 2050 et d'une liste de fléaux auxquels il faudrait s'attendre en conséquence.

Le troisième épisode s'inscrit dans notre pratique clinique psychiatrique et le constat de l'importance des préoccupations corporelles dans les problématiques des personnes vieillissantes.

A. Définition du Sujet

De ces trois épisodes découle un premier parti pris : nous ne définirons pas, a priori, de limite d'âge à la vieillesse. Ce principe paraît restreindre le sens de notre propos. C'est pourquoi nous avons choisi les termes de *sujets vieillissants* et non pas de *personnes âgées*. Il pourrait nous être opposé que toute personne vieillit dès sa naissance et que notre objet est trop flou ou trop vaste. Nous parlons ici d'adultes. Nous nous laisserons porter selon les contextes par les différentes définitions de la vieillesse. Car l'intérêt que nous portons au vieillissement et son implication dans la genèse dépressive est double. Il s'agit de l'articulation entre ce qu'il implique à l'échelle individuelle, c'est-à-dire aux modifications du corps et, par corrélation, les projections sociales dont il est la cible.

Depuis le XXème siècle la psychiatrie et les sciences sociales ont toujours entretenu des

rappports étroits. Qu'il s'agisse de la genèse des troubles psychiques ou de l'organisation des soins, psychiatres, psychanalystes, psychologues et anthropologues ont engagé un dialogue interdisciplinaire. L'épistémologie psychiatrique est marquée par la difficulté d'asseoir une objectivité disciplinaire au sein de la médecine. Les débats sont anciens et nombreux et il n'est pas question ici d'en refaire l'historique. L'universalité de la souffrance psychique et son impact sur le fonctionnement social des individus rendent chacun concerné par les questions de santé mentale. Si l'intérêt porté peut être positif ou au contraire stigmatisant, le champ dépasse largement l'application d'une théorie médicale. On peut parler du fait psychiatrique comme fait social. C'est ainsi que les sociologues se sont intéressés aux questions des relations interpersonnelles dans ce champ, aux questions de pouvoir, à la sociogenèse des troubles. L'ethnopsychiatrie, la psychiatrie transculturelle, développée par Georges Devereux(1) est une méthode de soin fondée sur l'utilisation complémentaire et non simultanée de l'ethnologie et de la psychanalyse reconnaissant un fonctionnement psychique universel associé à un codage culturel dans l'expression des symptômes. De leur côté les médecins se sont largement appuyés sur des outils anthropologiques dans la conception et l'application de la psychiatrie de secteur depuis les années 1950.

L'articulation de la psychiatrie à la santé mentale implique de ne pas se limiter à une simple pratique médicale. Non que le psychiatre soit responsable de la santé mentale de chaque individu, mais le soin psychique et le rétablissement passent par une reconnaissance du rapport au monde singulier des personnes. Au-delà de l'interdisciplinarité que nous avons évoquée, et qui consiste à reconnaître une interdépendance entre plusieurs champs disciplinaires, le psychiatre est porteur d'une transdisciplinarité. Il s'agit d'éclairer une position par différentes perspectives pour transformer et enrichir une pratique.

En concentrant notre étude sur *le corps dans la dépression des sujets vieillissants*, nous énonçons d'emblée un postulat au carrefour entre médecine et anthropologie. En effet nous

associons un diagnostic médical à une caractéristique socio-anthropologique. Le corps nous est apparu comme dénominateur commun. Il fait à la fois l'objet d'un discours anthropologique comme assise de l'individu et d'un discours médical comme objet scientifique. Il entérine la rencontre disciplinaire.

La phénoménologie définit le corps propre, en tant qu'espace d'expérience, comme le principe d'être au monde. Car la spatialité des objets et de leur être n'est qu'une seule et même chose. En tant que médecin et dans la pratique de la psychiatrie, nous appréhendons les corps dans leur valeur esthétique. L'esthétique ne prend pas le sens de « beau » mais bien de sensorialité. Il n'y a pas d'homme « intérieur » distinct d'un « extérieur ». L'ensemble est plus que la somme des parties. La signification de l'être apparaît dans une multiplicité sensorielle. L'investigation sémiologique clinique en est un exemple.

Il n'est pas question de dénoncer un rapport de cause à effet entre trouble psychiatrique et fait social, mais de suggérer une articulation de deux phénomènes qui entrent en résonance dans un contexte donné. Chaque époque construit un savoir dominant selon ses référentiels. Nous émettons une hypothèse propre à notre époque contemporaine : *la dépression des sujets vieillissants comme prophétie auto-réalisante de la conception contemporaine du corps.*

Le concept de prophétie auto-réalisante, développée par le sociologue fonctionnaliste Robert K. Merton(2), suppose que les comportements sociaux sont induits par ce que les croyances présupposent. Ainsi il nous apparaît que la définition de l'homme et du corps vieillissant selon les critères contemporains, en se focalisant sur l'idée de dépendance, suscite une anticipation par les vieux de leur dépendance, à l'origine d'un effondrement dépressif.

B. Plan

Notre travail s'articule en deux temps. D'une part une analyse transhistorique, de la Renaissance à nos jours, de la constitution du regard contemporain sur les corps vieillissants en Occident, selon une double dialectique : la culture contemporaine de la jeunesse et la médicalisation de la vieillesse (première partie). Trois perspectives sont explorées : la constitution de la démographie moderne et l'apparition du concept de vieillissement de la population ; le développement de l'individu performant ; les problématiques de santé publique et environnementale.

D'autre part une analyse de la littérature médicale sur le trouble dépressif des personnes âgées (deuxième partie). Nous définirons les enjeux des définitions épidémiologique et clinique. Trois spécificités seront détaillées : les aspects neurocognitifs, la place de la plainte et l'idée de crise du vieillissement. Nous aborderons enfin les modalités du soin.

C. Méthode

Nous proposons une déconstruction du discours sur les personnes âgées et l'imaginaire de la vieillesse faisant écho à l'expression de la dépression dans cette même population. Cet exercice de décentrage a pour principe une mise à distance des a priori. Il s'applique à la fois au discours sociologique et au discours médical.

L'analyse d'un phénomène contemporain nécessite d'en comprendre la genèse. C'est pourquoi nous utilisons une approche historique dans notre première partie.

Deux attitudes sont possibles vis-à-vis de l'histoire. Une selon laquelle l'évolution serait linéaire avec une période antérieure anhistorique et des points de transition. Cette approche fait craindre historio-centrisme et lecture anachronique des faits anciens. L'alternative est une conception des faits historiques comme issus d'organisations sociales qui se succèdent,

considérant que chaque époque a son système de valeurs propres, sans hiérarchisation possible(3). C'est le principe de l'anthropologie historique, principe que nous exploitons ici.

Nous faisons une histoire comparative de la démographie, des discours et pratiques savantes sur le corps, du concept d'individualisme et de la santé publique. Si dans chaque sous-partie le récit est chronologique nous voulons néanmoins nous prémunir d'une interprétation évolutionniste. Selon Hannah Arendt(4), l'enchaînement des événements historiques se fait sans déterminisme et le récit de l'historien constitue une reconstitution logique. Il n'y a pas une évolution bonne a priori et qui orienterait l'histoire de l'humanité vers un avenir meilleur que ne l'était le passé. En explicitant une partie des discours dominants nous sommes conscients de rendre compte de la réalité historique de manière partielle.

Les sources utilisées sont issues d'une part d'un corpus d'analyses historiques, et de textes philosophiques, sociologiques, psychanalytiques d'autre part. Le premier est utilisé pour sa valeur informative, les seconds sont choisis comme représentatifs d'un discours dominant de leur époque. C'est le cas notamment pour Le moi peau de Didier Anzieu(5) et La culture du narcissisme de Christopher Lasch(6). Le corpus iconographique est issu de l'ouvrage collectif L'histoire du corps(7) et de sites publicitaires.

Les deuxième et troisième parties trouvent une cohérence interne référant au discours médical psychiatrique actuel. La lecture est centrée sur le corps comme substrat de la maladie, origine de la souffrance et lieu du soin. Les sources sont, dans ces parties, toutes issues du corpus scientifique médical et psychanalytique. Nous avons utilisé d'une part des ouvrages faisant référence dans les champs de la psychiatrie, de la gérontopsychiatrie, de la gériatrie et de la santé publique. Nous avons, par ailleurs, exploré cette littérature par le biais des serveurs Pubmed, la Cochrane library, Psychinfo, la banque de données en Santé publique et Cairn en utilisant les mots clés « dépression/ depressive disorder », « sujets âgés/elderly »,

« traitement/treatment » et « soin/care ». Nous avons également été guidés par les bibliographies émanant d'articles d'intérêts.

Enfin, en exploitant le principe d'interdisciplinarité qui nous est cher, nous avons multiplié des entretiens pour nourrir ce travail. Nous avons notamment rencontré deux philosophes, une historienne, une designer et deux psychomotriciennes.

I. Culture contemporaine de la jeunesse et médicalisation de la vieillesse

« Comme toute représentation, la vieillesse est une construction qui s'élabore, à partir d'un contexte particulier, sur le registre de l'imaginaire »(8). Toute civilisation est issue de mythes fondateurs, constitutifs de leur cohérence culturelle. Cet imaginaire partagé devient le socle de récits que chaque groupe se raconte. Ils justifient ainsi le sens de leur existence. Ces mythes organisent une vision du monde reprenant de grandes questions existentielles. La vieillesse en fait partie. Il n'y a pas une réponse simple à la question : qu'est-ce que la vieillesse et quelle place pour les vieillards? Les discours se construisent et se reconstruisent parfois indépendamment de la position sociale effectivement occupée par les sujets concernés.

Les légendes du récit biblique de la Genèse accordent aux vieux des âges record. Dans la pensée hébraïque, la longévité apparaît comme une marque divine de fidélité à la loi. Tout en gardant vitalité et pouvoir les patriarches atteignent plusieurs millénaires. Mais depuis Adam, *le temps* qui passe impose une fin à un ordre d'égalité entre l'homme et Dieu. Par l'expulsion de l'Eden, Adam et Eve naissent à leur condition humaine et sont soustraits à l'intemporalité. Si vieillesse et sagesse sont des témoignages du divin, la vie s'interrompt par la mort. L'immortalité n'est l'attribut que de Dieu seul. De même dans les mythes grecs la vieillesse apparaît comme un destin qui sanctionne l'existence. La quête ultime de l'homme devient l'immortalité. Mais c'est bien une longévité sans *vieillesse* qui est recherchée. Le défi est lancé contre le temps qui passe, pour une jeunesse éternelle. Le mythe de Jouvence illustre cette bataille perdue d'avance devant la mort. Dans le défi qui est lancé à la maladie et à la mort, l'imaginaire contemporain scientifique s'inscrit également dans cette recherche d'immortalité(8).

Ainsi, la vieillesse est depuis longtemps considérée comme un fléau dans notre civilisation occidentale. Le rapport aux vieillards, en revanche, s'est modifié selon les périodes. On ne

peut pas décrire une évolution linéaire de la représentation sociale des vieillards(9). Il n'y a pas une stigmatisation de « plus en plus » dégradante. Chaque époque a ses spécificités dans ses modalités de jugement avec son lot d'ambivalence. L'association de la vieillesse à la dépendance apparaît comme un phénomène central de notre époque. Cette correspondance constitue le miroir d'un culte de la jeunesse valorisée pour son indépendance et son autonomie.

Le bouleversement de la représentation corporelle à partir de la Renaissance et la confrontation du corps vieillissant au corps social constitue la trame de notre première partie.

Nous verrons en quoi la révolution des Lumières et la démographie moderne font naître une catégorie des « vieillards » et le concept de « vieillissement de la population ». Nous décrirons ensuite les caractéristiques d'un culte contemporain de la performance à partir de l'évolution parallèle de la notion d'individu et de la représentation du corps *isolé*. Enfin, nous identifierons en quoi la gestion des corps vieillissants depuis le XIX^{ème} siècle organise l'institutionnalisation de la dépendance.

A. Enjeux de la démographie moderne

Les outils utilisés par les savants pour étudier le monde et les hommes se sont considérablement transformés entre la Renaissance et le XIX^{ème} siècle. Ainsi les données dont nous disposons pour étudier les représentations des vieux dans la population sont très différentes selon qu'il s'agisse de périodes antérieures ou postérieures à la révolution des Lumières. Ce que nous étudierons ici c'est en quoi l'avènement de la démographie moderne a contribué à la stigmatisation des vieillards.

1. La vieillesse avant l'avènement de l'âge classique

Avant l'essor de la démographie comme science des populations on ne trouve pas, dans les représentations, les catégories communément admises actuellement, enfant, adulte et vieux. La conception des âges de la vie se fait dans une analogie à la nature, dans cette représentation globale de l'homme intégré au cosmos que nous développerons dans la prochaine partie. Il n'y a pas de classes d'âge auxquelles on attribue des droits et des devoirs stricts. Les âges de la vie sont l'objet de métaphores référant à une symbolique populaire répondant à la succession des quatre saisons, des douze mois de l'année ou à l'histoire de l'humanité.

Dans son *Histoire de la vieillesse*, George Minois(9) décrit comment les raisonnements sur les vieillards se font toujours à partir d'un modèle abstrait référant à une image théorique. Ils occupent deux fonctions clivées, aussi déshumanisées l'une que l'autre : celle du vénérable sage détaché de la chair ou à l'inverse celle du vieux dément incurique. Selon les époques, une position prime sur la seconde. Une première grande dichotomie apparaît entre les périodes de transition sociétale *versus* les périodes d'équilibre. Les premières auraient tendance à valoriser l'expérience et la tradition orale en se basant sur un schéma familial patriarcal. A l'inverse, dans les sociétés dites stables, le schéma familial se nucléariserait sur

le foyer conjugal. La rivalité suscitée par la propriété matérielle et le pouvoir des anciens susciterait l'anti-gérontocratie et la gérontophobie.

Un deuxième aspect qui structure le rapport aux anciens se définit selon les modalités de transmission. Notre civilisation est marquée par le passage d'un système de tradition orale valorisant le savoir des anciens à un système de tradition écrite centré sur le savoir spécialisé moderne, valorisant ce qui est nouveau et jeune.

D'autres facteurs sont discriminants : le culte de la beauté physique comme dans l'Antiquité grecque ou la Renaissance *versus* la quête d'une beauté symbolique du Moyen Age. Le niveau socioéconomique élevé semble toujours avoir été valorisé.

2. Naissance des classes d'âge

La naissance de la démographie moderne, sous tendue par les découvertes scientifiques postérieures à la Renaissance, marque un bouleversement dans la représentation des populations. Il s'agit du passage d'une organisation classique discontinue des âges de la vie, référant à une symbolique populaire, à une organisation continue des âges en fonction de données objectives telles que les dates de naissance et de décès.

Hervé le Bras dans *La naissance de la mortalité*(3), analyse les origines de la démographie moderne. L'auteur déconstruit le récit mythique, épistémologique, scientifique et met en évidence la fonction d'expertise et de contrôle étatiques de la nouvelle « science ». Il démontre comment les principes des premiers écrits datant de 1662, dont il attribue la paternité à William Petty, élève de Hobbes, homme d'influence qui développera l'arithmétique politique, permettent la diffusion des valeurs du Léviathan : l'égalité (égalité entre les sujets qui peuvent être comparés ou regroupés), l'usage du calcul et la soumission au pouvoir absolu du souverain. L'enjeu politique de la démographie est la connaissance de la

population et l'exploitation de son potentiel de main d'œuvre. Il s'agit de définir des catégories d'individus à partir d'un critère objectif : les tables de mortalité. Les individus deviennent comparables selon leur espérance de vie. Ces nouveaux critères n'ont plus rien à voir avec les anciens, fondés sur le rang social ou le genre. Les individus peuvent légitimement être rassemblés selon des caractéristiques qu'ils partagent. Ce principe est tellement répandu actuellement qu'il est difficile de se représenter autrement la réalité. Pensons qu'à l'époque, la comparaison d'un aristocrate à une paysanne et la valeur « d'indicateurs objectifs » n'a aucun sens.

La mortalité devient ainsi un symbole de mesure de l'efficacité du Souverain. A travers ce phénomène c'est la représentation même de la mort qui est bouleversée. La mort n'est plus une affaire individuelle avec laquelle chacun négocie selon des principes d'hygiène de vie et de sécurité. Elle devient la conséquence de « risques courus par un ensemble non distingué d'individus qui ont en commun un sexe et un âge ». L'Etat cherche à repérer les régularités dans la mortalité pour asseoir son contrôle. La focalisation sur la lutte contre la mortalité tend à développer les politiques d'hygiène publique et les politiques sociales. Or ce fonctionnement a un fort pouvoir de stigmatisation sur les individus soumis au plus grand risque de mortalité. Au XVIIIème siècle le taux de mortalité est relativement homogène dans la population. C'est-à-dire qu'à chaque âge la probabilité de mourir est presque la même : dans l'enfance du fait de la grande fréquence des maladies infantiles, la mortalité en couche des jeunes femmes, l'importance des phénomènes épidémiques. Or à la fin du XXème siècle, en dehors des catastrophes et des guerres, la mort est destinée aux vieux. Comme si l'ambition étatique qui lutte contre la mortalité dans sa population pouvait trouver satisfaction avec l'ensemble des classes d'âge sauf celle des vieux. Le Bras fait l'hypothèse qu'en se concentrant plutôt sur la lutte pour l'allongement de l'existence, les politiques publiques auraient favorisé le thème du souci de soi et le principe de prévention. Nuance subtile mais

qu'il est intéressant de confronter à la thèse de Patrice Bourdelais, pour qui le concept de « vieillissement de population » se constitue en conséquence des principes de démographie moderne.

3. Naissance du concept de vieillissement de la population

P. Bourdelais (10) confronte l'apparition du concept de *vieillissement de la population* à son contexte et ses enjeux politiques. La théorie est issue d'une recherche scientifique originale, constituée à partir du renflement du sommet des pyramides des âges et de ses conséquences sur la natalité et la mortalité, définie par Alfred Sauvy dans *La population française jusqu'en 1956, essai de prévision démographique*. Sauvy présente son travail en 1928 à la Société de statistique de Paris. P. Bourdelais met en lumière la manière dont la théorie est utilisée à des fins propagandistes, pour servir les politiques natalistes par, notamment, *L'alliance nataliste pour l'accroissement de la population*. Cette formation créée par J. Bertillon, issu d'une famille de démographes influents, est initialement composée de membres hétéroclites, et sert finalement, selon l'auteur, une politique de conservateurs nationalistes proches des impérialistes coloniaux, prônant une politique familiale jugée réactionnaire. Cette politique s'ancre, à la fin du XIX^{ème} siècle, dans la crainte du manque de potentiel de la « nation » française face aux puissances internationales et à leurs ambitions expansionnistes. Dans l'entre-deux-guerres, les natalistes exploiteront la menace allemande pour attiser les culpabilités dans la lutte contre l'avortement, tout en participant à la stigmatisation des filles-mères et des enfants illégitimes. Pour P. Bourdelais, les thèses de Sauvy et l'utilisation des pires scénarios pour l'avenir tombent fort à propos. Bien que le concept même de *vieillissement* soit controversé à l'époque de son énonciation, la métaphore est reprise par beaucoup au sein du débat scientifique. Le terme permet, d'une part, de passer de la description d'une évolution à un processus et, d'autre part, de vulgariser une recherche scientifique, qui trouve un écho populaire lorsqu'au lendemain de la Grande Guerre la

population mâle de moins de 45 ans est largement amputée. Le premier livre consacré au « Vieillissement de la population » est signé en 1946 par Fernand Boverat, président de l'alliance nataliste pour l'accroissement de la population. Le thème est exploité pour ses conséquences sur la scène législative, militaire, économique et financière, soit bien au-delà des préoccupations démographiques, dans un discours général sur « la perte de tonus » et le déclin de la France. Dans les années 1950, il se diffuse largement à l'échelle internationale alors même qu'on est en plein *baby-boom*.

Ce que P. Bourdelais remet en cause c'est la fixité des indicateurs utilisés par les démographes, à savoir : le calcul de l'âge moyen, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans et les rapports vieux/jeunes, qui ont abouti au concept de « vieillissement de population ». Pour lui, ces indicateurs ne tiennent pas compte de l'évolution des conditions de vies. Une personne âgée de 60 ans en 1885 est-elle comparable à une autre en 1985 ? Est-on « vieux » de la même manière au même âge à l'une et l'autre période ? Une confusion s'établit entre augmentation de l'espérance de vie, augmentation de la proportion de personnes de plus de 60 ans et augmentation de la vieillesse. Trois constats sont faits. Premièrement sur le plan quantitatif : la probabilité d'atteindre 60 ans est, en 1985, proche de 1 ; depuis le milieu du XVIII^{ème} siècle, l'espérance de vie à 60 ans a doublé, la survie à 5 ans a augmenté d'un quart et s'est multipliée par deux à 10 ans. Deuxièmement, sur un plan qualitatif, l'auteur met en évidence une évolution du « sentiment de l'âge ». En effet, il est devenu commun, en 1985, de voir coexister trois ou quatre générations au sein d'une même famille, et la présence d'aînés est bien plus fréquente. Troisièmement, l'état de santé de la classe d'âge s'est considérablement amélioré. P. Bourdelais propose le calcul d'un « âge seuil » de vieillesse en alternative à celui de 60 ans, partout établi a priori depuis la fin du XVIII^{ème} siècle. Cet « âge équivalent » est calculé, pour une population donnée, en faisant la moyenne de l'âge pour lequel la probabilité de survie à 5 ans est la même que les hommes de

65 ans en 1985 (choix établi à partir d'études sur la qualité de vie), avec l'âge auquel il reste 10 ans à vivre (âge estimé de vie sans handicap en gérontologie), affecté du coefficient 2. Dans cette nouvelle définition, l'âge de la vieillesse est autour de 60 ans pour les hommes et les femmes au XIX^{ème} siècle. En 1985, l'âge de la vieillesse est estimé à 67,4 ans pour les hommes et à 73,9 ans pour les femmes. Avec ces nouveaux seuils la proportion des « vieux » reste stable autour de 10% entre le XIX^{ème} et le XX^{ème} siècle. Bien que l'espérance de vie augmente, il n'y a pas de processus de vieillissement démographique.

Si le concept de « vieillissement » peut être déconstruit dans son fondement, son retentissement sur les représentations sociales de la vieillesse est, au contraire, bien réel. Il s'agit d'associer la crainte d'un déclin économique à l'idée de « vieillissement ». Alors que le concept était utilisé par les populationnistes A. Sauvy, A. Landry et F. Boverat pour inciter à la procréation, ce sont les personnes vieillissantes qui se retrouvent stigmatisées. Ainsi *vieux* est clairement associé à un manque de dynamisme nécessaire au fonctionnement social contemporain.

La démographie moderne en constituant des catégories par âge a participé au bouleversement de la représentation de la population. L'histoire politique et sociale montre comment cette redistribution a nourri les thématiques de rivalité entre les civilisations en condamnant les vieux à travers la propagande nataliste, en focalisant l'attention sur la crainte de la mortalité. Le phénomène est progressif et la stigmatisation des vieux apparaît comme une conséquence. Cette représentation des vieux, comme empêchant le dynamisme nécessaire à l'épanouissement économique du corps social, rencontre l'idée d'une association entre vieillissement et dépendance. Celle-ci apparaît progressivement en conséquence de la révolution des représentations du corps et de l'individu. Ce corps de l'homme moderne se façonne en corps performant, isolé et indépendant. En négatif, le corps vieillissant est rejeté.

B. Le concept d'individu

Dans le bouleversement de l'époque des Lumières, les idées sur le corps apparaissent complètement remaniées. Les nouvelles conceptions de la science moderne se diffusent lentement dans les différentes couches sociales. Il n'y a pas de substitution d'un modèle à un autre mais un déplacement progressif avec un chevauchement de plusieurs modèles. Une curiosité nouvelle se développe pour le fonctionnement du corps en soi centré sur lui-même. Ce phénomène s'articule avec une dimension philosophique nouvelle : l'individu.

1. L'isolement des corps : des humeurs au moi peau.

Chaque société construit une représentation du corps, propre à ses systèmes de valeurs et principes organisateurs. Selon les contextes les discours et les techniques du corps diffèrent et renvoient aux modalités d'interaction des hommes à leur environnement(11). Ces représentations sont sous tendues par les discours populaires et savants. Le passage à l'époque moderne a profondément transformé les références faisant passer le corps d'un système de correspondance universel à un fonctionnement isolé, selon des logiques internes biologiques. Il devient un objet fonctionnant pour et par lui-même. C'est ce passage que nous proposons d'explicitier et d'analyser ici. Nous développerons trois étapes selon les théories dominantes : la théorie des humeurs, la fibre et la peau.

Dans les sociétés antiques et jusqu'à l'avènement de l'époque moderne le corps est en lien avec le cosmos selon un système de correspondances (12). Il n'y a pas de frontière fonctionnelle entre soi et le monde, et le corps est intégré à l'équilibre général universel.

Développée par Hippocrate (Vème siècle avant J-C) et reprise par Galien (IIème siècle), la théorie des humeurs constitue le discours savant de ce continuum entre le corps et son environnement.

Le corps fonctionne selon quatre humeurs : le sang, la bile jaune, le phlegme et la bile noire ou mélancolie. L'importance est donnée aux rythmes et aux équilibres. La santé et la maladie dépendent de l'harmonie entre ses substances elles-mêmes en équilibre avec l'environnement. Devenant pléthorique ou s'asséchant, la santé repose sur leur régulation. Cet équilibre spécifique à chacun est défini par un état intérieur, le tempérament, et une apparence extérieure, la complexion.

Le sang rend le corps chaud et humide. Il interagit avec le feu. Il est responsable de la générosité et de la force vitale. En excès il cause la fièvre.

La bile indispensable à la digestion, rend chaud et sec. Elle est en lien avec l'air, en excès responsable de la colère.

Le phlegme est contenu dans les sécrétions incolores. Il est lubrifiant et refroidisseur, froid et humide. Il est responsable de la pâleur.

La bile noire obscurcit les autres fluides. Elle rend le corps froid et sec. Elle interagit avec la terre. Elle rend sombre et est à l'origine de la tristesse.

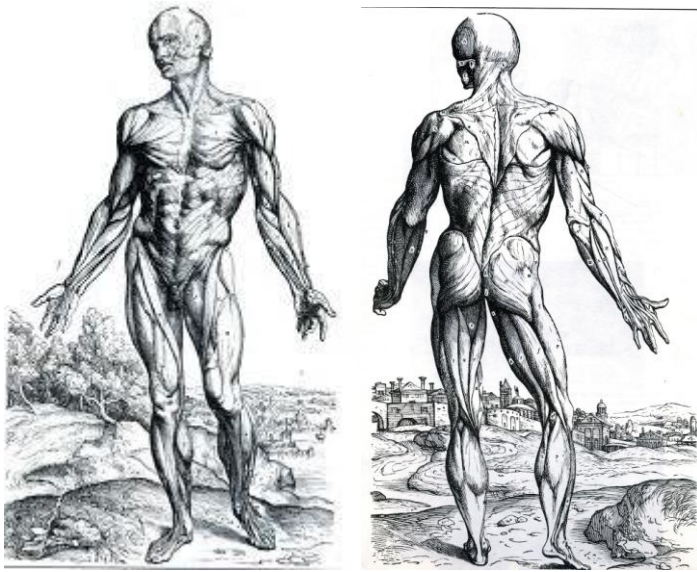
À ses fluides viennent s'ajouter les fluides subtils esprits qui relient les organes entre eux et au monde extérieure. La vision par exemple d'un objet implique que des particules de celui-ci s'échappent pour intégrer l'œil de celui qui voit.

Les modalités de soin du corps témoignent de la résonance du monde en soi. Le bon régime est celui qui ressemble au corps. Le vin fabrique le sang et la viande la chair. La maladie circule en soi en interaction avec la nature. La toux disparaît en se promenant sur la plage à marée descendante. Il existe une convergence du magico-religieux et du médical au sein même de la communauté savante.

La pratique des jeux(13) témoigne de cette porosité du corps soumis aux humeurs. Le mouvement physique permet l'évacuation des humeurs. Il favorise leur circulation et leur assèchement. Il entretient la solidité physique et la fermeté de la chair par le frottement interne des organes. Les différentes parties du corps se resserrent ainsi. Au contraire la stagnation des humeurs est responsable de la maladie. Il n'y a pour autant pas de valorisation du sport pour l'entretien de la santé comme à notre époque contemporaine. Le mouvement a le même effet que la diète ou la saignée. L'exercice n'intervient pas dans le façonnement de l'architecture corporelle. Le muscle n'a pas à l'époque sa fonction générant la structure. La rectitude du corps nécessite des tuteurs extérieurs comme le maillot ou le corset.

Le développement de la recherche anatomique(14) marque une première étape du bouleversement de la représentation du corps. Avec elle un changement de démarche s'opère. Une disposition à un nouveau mode de connaissance émerge. *De corporis humani fabrica* 1543 de Vésale est l'œuvre de référence témoignant de ce changement. Ambroise Paré la traduit à l'époque en français. Critique du savoir des Anciens, c'est l'annonce d'un monde savant selon le modèle scientifique moderne fondé sur l'objectivation par l'observation. Ce qui limite la démarche anatomique avant cette période n'est pas l'interdit ecclésiastique, comme souvent énoncé, mais manifestement une disposition différente du rapport au savoir. La dissection n'est pas un moyen naturel « objectif » d'accès à la connaissance sur le corps mais bien spécifique à des époques données. Du XIème au XIVème siècle l'importance de la connaissance anatomique n'est pas associée à l'intérêt de la dissection. Alors même que les techniques existaient, l'ouverture du cadavre avec une intention spécifique d'observation, avec une « curiosité anatomique », apparaît au tournant du XIIIème au XIVème siècle. Naît une pratique de rencontre sensorielle avec l'intérieur du corps (image 1).

Image 1 : « L'écorché » (A. Vésale, *De corporis humani fabrica* 1543, p 178).



Les anatomistes prônent dès la fin du XV^{ème} siècle l'importance de la vue et du toucher dans le processus de connaissance anatomique. Ainsi se développent les théâtres d'anatomie avec des dissections publiques au XVI^{ème} siècle. La dissection s'inscrit dans le mouvement global de la philosophie mécaniste du XVII^{ème} siècle. Les principes de fragmentation et de mesure s'appliquent à tous les objets de recherche. L'analogie de l'homme à une machine diffuse la recherche de la connaissance du corps en soi. Parallèlement à ces investigations structurales, l'intérêt se porte sur les découvertes des mouvements internes du corps. La publication par William Harvey des travaux sur la circulation sanguine en 1628 *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis* (« Traité d'anatomie sur le mouvement du cœur et du sang ») décrit le cœur comme une pompe à l'origine d'un flux constant de sang dans l'organisme. Cette circulation vient centrer le fonctionnement de l'homme sur lui-même indépendamment de toute transcendance.

Au XVIII^{ème} siècle la « mesure » apparaît dans un projet étatique global de contrôle de la population. Le développement industriel accorde une valeur nouvelle au principe *d'efficacité* avec la diffusion de seuils et de limites. Nous en avons donné un exemple avec le

développement de la démographie moderne. Dans ce contexte la théorie des humeurs perd de sa notoriété. La découverte du microscope et ses explorations font découvrir la structure élémentaire fibrillaire(12). La fibre devient l'unité anatomique minimale sur laquelle repose une nouvelle conception du corps. La maladie est dorénavant pensée comme un déséquilibre d'excitations soit « sthéniques » soit « asthéniques ». Par l'invention du muscle, le principe organisateur du corps passe d'une logique externe à une logique interne. La « force » soutient l'unité de celui-ci. Ainsi les corsets et maillots perdent leur légitimité, disparaissent des recommandations et sont même condamnés. La valeur se déplace de la fonction passive à une fonction active. C'est à cette période que naît « l'éducation physique ». Les promenades de santé remplacent les saignées. Le façonnage du corps n'a plus une intention de civilité mais une intention « naturelle ». « Le modèle d'efficiencia prend le pas sur le modèle d'apparence »(13).

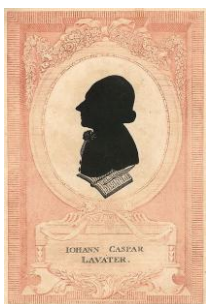
L'idéal se fonde sur le durcissement de la chair et non plus sur la pureté des humeurs. L'enjeu est l'endurance et le renforcement. La nouvelle logique de perfectibilité de la santé s'établit dans la pratique hygiéniste qui se diffuse au sein de la bourgeoisie. Elle s'intègre dans le contexte global d'une société du progrès dans laquelle la valeur de la performance individuelle prend corps.

Au cours du XIX^{ème} siècle(15), l'imaginaire populaire s'imprègne de plus en plus du discours médical naturaliste et localiste, dominé par la méthode anatomo-clinique de l'école de Paris(16). La valorisation de l'investigation « au lit du malade » favorise les échanges entre les deux cultures. Le recours au médecin devient ainsi plus systématique. L'exploration du corps ne se limite donc plus au cadavre. Les instruments de mesure se développent. Le corps est fragmenté et progressivement soumis à la spécialisation médicale. L'investigation anatomo-clinique induit une différenciation forte entre l'intérieur et l'extérieur. Les travaux sur les membranes induisent une conscience nouvelle du cloisonnement des espaces. La

modification du rapport à l'eau témoigne également de cette transformation. La peau acquiert une nouvelle fonction d'isolant. Les premières recommandations d'hygiène manifestent une ambivalence initiale à l'égard du bain(17). Au début du XIX^{ème} siècle, l'immersion implique, dans la culture de l'époque, une pénétration de l'eau dans le corps modifiant sa constitution. Le bain chaud distend les fibres et risque de ramollir le corps. La pratique de la natation en eaux froides comme en rivière favorise, en revanche, le raffermissement et la vigueur. Avec les recherches sur la respiration et l'énergie, l'organe noble du XIX^{ème} siècle devient le poumon et non plus la fibre. La force du corps réside dorénavant dans la qualité de ses énergies et moins dans la densité des tissus. La peau prend alors une nouvelle fonction d'enveloppe capable de respiration. Encouragé par la révolution pasteurienne et la découverte microbienne, une sensibilité inédite apparaît à l'égard de l'eau dans son interaction avec la surface du corps. Ainsi la peau devient frontière protectrice entre soi et l'extérieur.

Si la place de la peau comme limite n'était jusque-là pas énoncée en tant que telle, l'invention de la « silhouette » au XVIII^{ème} siècle(18) rend déjà compte d'un intérêt pour la délimitation du corps (image 2).

Image 2 : Silhouette de Johann Caspar Lavater (1741-1801) réalisée par W. H. Mewes.



Etienne de Silhouette, par ailleurs Ministre des Finances en 1759, dessine les contrastes d'ombres sur des murs remplissant les intérieurs en sombre et les extérieurs en clair. Cette pratique devient très populaire au sein de la bourgeoisie, au même titre que les portraits. Se

faire faire sa silhouette devient un véritable phénomène de mode. Lavater met au point un « silhouetteur » permettant la réalisation rapide d'une silhouette (image 3). Il s'agit d'un projet inédit de la pratique artistique insistant sur la mise en évidence graphique de la singularité des profils.

Image 3 : Silhouetter selon Lavater (AKG images).



L'apothéose de la singularisation du corps émerge au XXème siècle(20) avec l'assimilation du corps à la personne qui l'incarne. La génétique fait de chaque corps un objet unique. Les techniques d'imagerie permettent à chacun un accès à son corps du dehors comme du dedans. La culture du body art, revendique l'usage libre de son corps comme objet d'expression singulier.

Dans la phénoménologie husserlienne, développée en France par Merleau-Ponty(21), le corps est le lieu même de l'expérience, essence de l'être au monde. La sensorialité est le moyen de l'expression de la réalité du sujet. L'unité du corps propre est l'unité de l'être.

Il est essentiel de parler ici du développement de la psychologie et de la place de la psychanalyse dans cette révolution du rapport à soi au sein même de sa corporéité. Car si la théorie freudienne invente (au sens sociologique, c'est-à-dire qu'elle y porte une attention nouvelle avec une intention d'objectivation) le fonctionnement psychique au début du XXème

siècle, elle fait du corps le réceptacle pulsionnel et le lieu de l'expression des symptômes. Il n'est pas lieu ici de développer toute l'histoire de la psychanalyse. Le point central pour notre raisonnement est la théorie du « moi-peau » de Didier Anzieu(5).

Les origines de sa théorie, qu'il explicite pour la première fois en 1974, se fondent sur l'idée « d'enveloppe psychique » énoncée comme métaphore. Il articule les recherches dans le champ de la psychanalyse aux théories de l'attachement de Bowlby(22). Selon celles-ci, tout mammifère recherche un contact physique dès la naissance, indépendamment d'une quête de nourriture, et dont la privation engendre des perturbations de développement. Il appuie sa thèse sur deux postulats : l'étayage corporel du fonctionnement psychique ; l'origine embryonnaire commune du système nerveux et de la peau et la spécificité de l'externalité des éléments récents dans l'ontogénèse (les parties les plus récentes du développement sont situées en périphérie).

Le moi-peau est une enveloppe narcissique qui assure la certitude et la constance d'un bien-être de base pour le développement psychique et le développement corporel. Il est une figuration précoce de son être, à partir de son expérience corporelle. Il se constitue comme une double membrane. Une face externe, durcie et rigide écran aux stimulations : le pare excitation ; une face interne, mince et sensible qui a une fonction réceptrice, pellicule et interface avec le monde intérieur. C'est un modèle géométrique fondé sur la représentation d'une surface. Cette image implique une idée de limite qui sépare deux espaces : le dedans et le dehors. Les deux enveloppes initialement indifférenciées ne permettent pas la distinction des sensations et des émotions. Le trouble apparaît dès lors qu'il existe une perte de continuité ou une altération du fonctionnement de ces deux enveloppes. La théorie trouve un écho au principe de holding décrit par Winnicott. Le maternage primaire a pour fonction, à travers le portage, de constituer une base narcissique fondamentale pour l'enfant. C'est pour Anzieu la constitution de ce moi-peau. Ainsi décrit-il le développement du stade oral en élargissant le

principe du contact sein-bouche, au contact sein-peau.

Nous avons fait ici un résumé succinct et partiel de la pensée d'Anzieu. Au-delà de son application à la pathologie et à la psychopathologie, c'est le fondement épistémologique qu'il explicite qui est représentatif de la conception contemporaine du corps dans ses interactions avec le monde. Alors qu'il dénonce le réductionnisme organique de l'évolution de la psychologie clinique, il annonce : «En mettant l'accent sur la peau comme donnée originaire à la fois d'ordre organique et d'ordre imaginaire, comme système de protection de notre individualité en même temps que premier lieu d'échange avec autrui, je vise à faire émerger un autre modèle, à l'assise biologique assurée, où l'assise avec l'entourage trouve sa fondation et qui respecte la spécificité psychique par rapport aux réalités organiques comme faits sociaux. ». Tout en se gardant d'une approche psychophysiologiste ou psychosociale, insistant sur la primauté dans la lecture psychanalytique du fantasme individuel, il reprend à René Kaës l'idée d'un double étayage du psychique : corporel et social. Et de dire : « le moi-peau est une réalité fantasmatique figurée dans les fantasmes, les rêves, le langage courant, les attitudes corporelles, les troubles de pensées, et fournisseur de l'espace imaginaire constituant du fantasme, du rêve, de la réflexion, de chaque organisation psychopathologique. ». Cette conception émerge dans les conditions culturelles de la fin du XXème siècle. Elle accorde à la peau cet espace privilégié, limite du corps et objet d'interaction. Il rappelle l'évolution épistémologique de chaque science et les points de rupture, en pointant que « la psychanalyse a besoin d'image ». L'image qu'il choisit est donc représentative d'une pensée commune. A ce besoin de « peau », il lie le besoin de limites de la société contemporaine dans ce qui sera défini par Christopher Lasch(6) « la culture du narcissisme ». C'est précisément ce que nous allons étudier à présent.

Nous avons décrit, avec toute la complexité et l'absence de linéarité que cela implique, en quoi le passage de la théorie des humeurs à la conception contemporaine du corps induit une

circonscription du corps. Pour autant, la richesse des représentations au sein d'une culture est issue de la coexistence de théories multiples. Nous avons mené ici l'analyse du discours scientifique dominant.

2. Construction de l'individu

Parallèlement à cet isolement des corps, la culture contemporaine définit a priori un isolement de ceux qui la constituent : les individus. Processus qui apparaît à une lecture historique rapide comme bruit de fond d'une société occidentale qui serait « de plus en plus individualiste ». Que signifie ce terme ? Quel est le fondement théorique de l'individu ?

L'entreprise est délicate lorsque l'on voit la multiplicité des définitions de la notion d'individu. L'assimilation à l'égoïsme, au repli identitaire, au culte de soi montre toutes les ambiguïtés que fait lever cette notion. Les discours sociologiques ont contribué à une mise en correspondance de l'idée d'individualisme et de narcissisme. Il semble que la vulgarisation du concept psychanalytique ait encouragé une représentation péjorative de l'idée d'individualisme. Ce qui nous intéresse ici c'est la construction de ces représentations. Nous ne pourrions retracer son historicité intégrale, mais nous proposons une histoire du rapport à soi de l'homme.

Selon les points de vue adoptés l'individu intègre plusieurs sens. Serge Moscovici(16) les décrit comme différentes formes de sociabilité. L'individu sublimé, incarné dans le puritanisme, par l'être solitaire non soumis à ses émotions qui s'inscrit dans une action rationnelle ; l'individu émancipé, l'homme issu de la Renaissance, capable d'autodétermination, sujet de la règle universelle des droits de l'homme ; l'individu égoïste centré sur son profit, qui demeure dans des échanges impersonnels ; l'individu anonyme de la masse, objet ayant perdu toutes capacités rationnelles sous l'influence du collectif.

Marcel Gauchet(23) soutient l'idée que la *personne* est le primat de toute société dès lors qu'il y a un engagement d'une responsabilité vis-à-vis des autres. Cette notion implique une singularité de soi, possédant un nom propre, intégrant des règles et des normes politiques. L'individu en serait la variante occidentale. Ce rapport à soi spécifique prendrait le sens d'une institution de la personne, au sein de laquelle l'individu se définirait dans la rencontre du sens juridique d'autonomie et philosophique de subjectivité. Pour Gauchet l'*individu* naît au XVIIème siècle, le *sujet* à la période révolutionnaire et la *personnalité* au XXème siècle.

Commençons à l'Antiquité. Vernant (24) y décrit les principes du rapport au monde de l'homme. L'individu existe en tant qu'être différent des autres dans son rapport à la cité, sans qu'il existe une « intimité à soi ». Son existence tient en action, il n'est pas de moi unique. L'âme émane de l'âme du monde qui constitue les individus en écho permanent. Nous retrouvons le principe qui sous-tend la théorie savante des humeurs décrite précédemment. Le souci de soi présent dans la pensée grecque et explicité par Foucault (25) tient dans le fondement d'une connaissance de ses actes et non dans l'introspection d'une intériorité. Ce phénomène apparaît avec le monothéisme où l'homme est, dorénavant, seul face à un Dieu unique. La pensée biblique chrétienne marque la constitution du principe de singularité de l'homme. Il s'agit d'une singularité soumise à une transcendance mais dans un rapport direct et intérieur. Cette intériorité témoigne d'une présence nouvelle à soi. La quête du salut oblige une introspection minutieuse. En retour chacun est considéré dans sa singularité propre. Saint Augustin, dans Les Confessions, évoque (24) l'inquiétude et la fascination qu'implique cette intériorité humaine. Si elle s'inscrit initialement dans un ordre religieux, cette intériorité apparaît comme condition culturelle de l'émergence de l'individualité sociale. L'homme placé au cœur du monde à la Renaissance est institué en *sujet autonome* avec la philosophie humaniste.

« Cette proposition, *je suis, j'existe*, est nécessairement vraie, toutes les fois que je la

prononce ou que je la conçois en mon esprit »(25). Dans l'énoncé cartésien, l'homme est ici *sujet* prenant conscience que sa propriété la plus essentielle est la pensée, la conscience d'exister. Il *est* une subjectivité, une intériorité. La vérité de la proposition *Je suis, j'existe* n'est pas une vérité objective, extérieure au moi-sujet. C'est une certitude subjective, accessible à celui-là seul qui prononce et conçoit cette proposition. Je suis seul à me connaître évidemment, directement, irréductiblement comme un être pensant, à faire l'expérience de la pensée de mon existence. Il est impossible à autrui de pénétrer en mon intériorité. Le principe d'autonomie se retrouve dans la pensée révolutionnaire laïque et l'énoncé des droits de l'homme et du citoyen. Le sujet, affranchi de l'ordre divin, est capable d'énoncer lui-même les règles qui le régissent et qui régissent la communauté.

Mais, dans l'aventure de la philosophie, c'est à Leibniz qu'il revient d'avoir véritablement fondé philosophiquement la notion d'*individu*, distinctement de celle de *sujet*. En 1714 il définit les *Principes de la philosophie ou monadologie*(28). La *monade* est une substance simple, une unité indécomposable en parties, sorte d'atome de la nature, indivisiblement matière et esprit. Etre, c'est toujours être un individu – quel qu'en soit le degré de perfection : plante, animal, homme... Et être un individu, c'est toujours être différent d'un autre individu.

L'individu humain est, dans cette acception, différent du *sujet autonome* – se donnant à lui-même sa loi et ses règles, création de ses actes, invention de ses pensées propres, subjectivité qui fonde le principe de responsabilité et de liberté –, mais il est *individu indépendant* – accomplissant sa propre nature sans que les autres individualités influencent en quoi que ce soit son développement. La liberté ne consiste pas à réaliser ce que l'on veut être mais à accomplir sa nature – ainsi ce qui définit la liberté selon Leibniz ce n'est pas la liberté d'autonomie, mais liberté d'indépendance.

La philosophie de Leibniz élabore philosophiquement la notion d'individu, ce que l'on

résumera ainsi :

- a- la liberté est une « parfaite indépendance »
- b- « notre individu » est « indépendant de toute autre créature »
- c- chaque individu forme un « monde à part » « suffisant à lui-même »
- d- il n'y a pas de communication entre les monades, entre les individus, donc non seulement pas de subjectivité, mais pas d'intersubjectivité.

Pour Leibniz, ce qui fonde la nature de l'individu c'est l'ordre divin. Hegel reprendra le concept en le soumettant au principe de rationalité, tandis qu'avec Nietzsche(29) la souveraineté de la raison logique est destituée. La réalité première est le chaos que l'homme vient organiser par son expérience, selon l'expression de sa singularité. Il n'y a plus un principe fondateur mais une multiplication des perspectives et des interprétations sans synthèse possible. La promotion et l'affirmation de la différence individuelle, de la singularité, s'établit selon une esthétique de soi sans rapport de domination d'autrui.

Nietzsche annonce le point de rupture du postmodernisme qui récuse l'idée d'une norme naturelle, métaphysique ou religieuse. Ce courant de pensée, qui apparaît dans les années 1970, définit les remaniements de la société contemporaine comme la mise en question des valeurs de la modernité. Les discours qui en sont issus ont évolués depuis leur émergence. Nous évoquons ceux d'une « première vague ». Ils sont présentés ici, de manière partielle, comme représentation d'un certain point de vue, confinant parfois au stéréotype qui, selon notre hypothèse de prophétie autoréalisante, est susceptible d'induire des normes. Alors que la culture moderne se fonde sur l'ère révolutionnaire, l'espoir technique futuriste et la quête de l'universel selon le principe de rationalité, la culture postmoderne s'établit, entre autres, dans la perte des grands discours émancipateurs et la valorisation de l'hédonisme et de la

consommation. Selon Lipovetski, les individus sont décrits comme repliés sur eux-mêmes, soumis à l'indifférence, orphelins des représentations structurantes, contraints à une temporalité anhistorique centrée sur l'instant présent sans passé et sans possibilité d'avenir. C'est *L'ère du vide*(30) quasiment soustraite à toute idéologie politique. Cette nouvelle organisation est à l'origine d'une seconde révolution de la conception de l'individu dont un des nouveaux attributs est le narcissisme. Tout en dénonçant une société « psychologisée », il extrapole un principe psychanalytique à un fonctionnement sociétal.

Dans *La culture contemporaine du narcissisme*(6), Christopher Lasch décrit l'homme psychologique contemporain comme avatar de l'individualisme bourgeois « nouveau Narcisse libéré des superstitions » en proie au doute et à l'angoisse. Il fait une méta-application au groupe d'une psychopathologie individuelle. Très schématiquement, selon Freud, le narcissisme primaire correspond à l'état initial d'indifférenciation de l'enfant à sa figure maternelle. L'état de plénitude est dû à l'adéquation parfaite des besoins aux soins, soustrait à toute tension psychique du désir. L'internalisation de l'imgo maternelle par l'enfant permet le passage au narcissisme secondaire capable d'un fonctionnement psychique propre, garant d'une sécurité affective suffisante. Or il est décrit, dans la société occidentale, une augmentation de l'entité pathologique narcissique, témoignant de l'impossibilité du passage de l'un à l'autre. L'auteur voit dans la progression technique et la culture scientifique modernes, l'expression du fantasme d'immortalité et la difficulté à supporter la perte. Elle entre en écho à la perte de l'objet primaire qu'implique le passage au narcissisme secondaire. L'affranchissement partiel des individus par rapport au groupe, depuis la période moderne, induit la perte de leur sécurité intérieure. Il s'agit plutôt d'une auto-responsabilité de sa sécurité propre, insupportable pour les individus. Il dénonce une fausse libération puisqu'il voit dans le consumérisme la création de besoins par d'autres et la genèse d'une insatisfaction forcée. Ainsi explicitées, les valeurs sociales sont à l'image de l'individu narcissique :

superficialité protectrice, crainte de l'engagement astreignant, l'absence de choix, refus de la dépendance à l'autre, sentiment propre d'inauthenticité et de vide intérieur soumis à la propagande consumérisme. La relation de dépendance à autrui est d'autant plus insupportable qu'elle fait craindre son asservissement.

Notons toutefois que ces discours se sont construits dans leur début avec un extrémisme certain et que cette restitution peut paraître caricaturale. L'« éclatement » de la configuration normative précédente ne signifie pas sa destruction, mais sa fragmentation en autant d'« éclats ». L'individu postmoderne n'est pas sans repères, pour le dire simplement, il en a beaucoup, trop peut-être, et souvent contradictoires, et il peut les remanier lui-même joyeusement de façon singulière, baroque, inattendue.

Les auteurs dénoncent toutefois un idéal collectif d'indépendance qui n'aboutit pas. En réalité cet idéal ne peut aboutir. Selon cette description de l'organisation humaine, l'indépendance devrait être autodéterminée. Or nous avons précisé en quoi principe d'autonomie et principe d'indépendance ne se recouvraient pas. Nous avons vu que l'autonomie impliquait une autodétermination. En revanche elle n'implique pas d'isolement des individus. Au contraire les individus sont interdépendants. Alors que l'autonomie présuppose une relation à l'autre, l'indépendance évoque l'absence de relation. Mais en fondant le désir singulier comme principe organisateur de la nature humaine, dont la libre expression devrait conduire à une parfaite indépendance, cette description de l'ère postmoderne fusionne deux principes contradictoires. L'homme ainsi défini est pris dans un double lien. Pour atteindre l'objectif d'indépendance il devrait utiliser un moyen fondé sur la dépendance à l'autre. Ainsi émerge la focalisation sur la question de la dépendance qui apparaît au cœur du paradoxe de l'énoncé de l'idéal collectif. Nous verrons plus tard en quoi la correspondance de ce paradoxe fera écho à l'expression de la dépression par le corps des personnes âgées.

Nous avons vu dans ces deux dernières parties comment les représentations du corps et de l'individu entrent en correspondance dans un isolement progressif avec une délimitation à la fois par la peau, l'enveloppe et l'indépendance. Ce phénomène éclaire le principe de performance. L'homme contemporain pensé pour et par lui-même a le devoir ou la nécessité d'agir, de créer ou de former.

3. Culture de la performance

Deux aspects définissent la performance. L'un dans une dimension quantitative de compétition et l'autre dans une dimension plus qualitative d'une mise en action. Ce que nous avons décrit de la transformation de la représentation du corps sert d'exemple à la première à travers la pratique de la santé et la pratique sportive. Pour illustrer la seconde nous nous appuyerons sur la théorie de Max Weber reprise par Marcel Gauchet sur *Le désenchantement du monde*(31).

« Si le maître mot du XVIIIème siècle était le bonheur, celui du XIXème la liberté, celui du XXème siècle est la santé »(16). L'avènement de la médecine scientifique et la diffusion de la pratique médicale dans les différentes strates sociales impliquent un rapport au corps, dans le monde contemporain, défini par la valeur de *santé*. L'importance nouvelle que prennent la santé publique et l'apparition de la prévention, du dépistage implique un risque permanent de la maladie y compris chez les sujets sains. La santé relève d'une responsabilité individuelle. Par son étiologie biologique, la maladie perd une grande partie de sa valeur symbolique. L'impact sur la qualité de vie et l'augmentation de l'espérance de vie développe et perfectionne ce phénomène. Les corps se modèlent, se mesurent, se contrôlent et de fait se comparent les uns aux autres selon ces critères de bonne santé. Le sport prend dans ce contexte une nouvelle signification. Déjà au XIXème siècle (32), la crainte darwinienne de la dégénérescence de la race, la volonté d'accroissement de la population et celle de

développement de la force militaire ont donné une place privilégiée au corps athlétique. Dans le nouvel univers de la technicité du geste, une culture de travail corporel, à travers notamment la gymnastique, se développe. Dès lors, on s'intéresse à la productivité du geste, à sa mécanique. La force musculaire est exploitée pour elle-même. Le mouvement est décomposé. Peu à peu la forme physique devient un devoir pour soi-même et pour le groupe. Le corps athlétique est exalté en soi selon un idéal moral, social et idéologique. *L'entraînement sportif* (33) apparaît au XX^{ème} siècle comme modèle de performance et d'efficacité. Au-delà du perfectionnement musculaire et de l'agilité, il est recommandé d'être à l'écoute de ses sensations, de son corps interne. Cette pratique du sport devient populaire et rencontre l'intention de bonne santé. La compétition sportive devient le fait d'amateurs. Ce principe de performance apparaît comme un nouveau mode de communication entre les corps.

Mais la performance ne peut être réduite à une simple compétition. Dans le champ de l'art contemporain, une performance est une séance publique de création artistique. Elle est instituée par la présence du spectateur face au processus créatif et non pas selon un principe comparatiste hiérarchique.

Marcel Gauchet décrit (31) l'histoire de l'Occident moderne comme un processus de *désenchantement*. Il définit ainsi la « révolution dans laquelle il y va décisivement de la reconstruction du séjour des hommes à part de la dépendance divine ». Nous avons explicité plusieurs aspects de la révolution des temps moderne précédemment. La thèse de M. Gauchet apporte ici l'idée d'une réorientation dans le sentiment de l'histoire.

L'idée *a priori* de la fin du règne de l'ordre religieux est le passage d'un ordre subi à un ordre voulu. Le passage se ferait de l'homme nu, soumis à la nature et au mystique, à l'homme créateur autodéterminé. A mieux y regarder cette tension entre voulu et subi n'a rien d'une inversion. Il s'agit en réalité d'un échange. Chaque société a un dessein d'ensemble à l'égard

de la nature. Son expression diffère selon le contexte. Comme nous l'avons énoncé dans notre partie introductive, pour nous mettre en garde contre l'évolutionnisme que fait risquer la lecture chronologique de l'histoire : il n'est pas une orientation univoque de l'homme. « Nous subissons là où nos ancêtres voulaient et nous voulons là où ils subissaient ». Car si la technique semble affranchir de l'ordre naturel elle soumet à d'autres contraintes. La dichotomie plus pertinente, qui oppose l'ordre religieux à l'ordre laïque occidental depuis les modernes, se trouve dans l'expérience du temps. Selon le premier, l'homme arrive après que les choses se sont faites, dans un *toujours* déjà là. Selon le second il intervient dans « un *jamais advenu* qui le projette dans la libre ouverture d'un faire ». Cette vision laïque reprend, en fait, ce qui est déjà la perspective biblique, laquelle rompt avec la représentation antique traditionnelle d'une temporalité circulaire, bouclée, en figure de destin, et introduit une temporalité orientée vers un avenir dont la possibilité salvatrice tient à la fois à la promesse divine et à la libre volonté humaine. Et Gauchet de continuer : « les hommes sont, dès lors, au monde comme des êtres sources, comme s'il n'y avait rien avant et c'est en cela que nous sommes des êtres d'action ». C'est dans ce principe de l'action que nous voyons la performance. L'être d'action orienté vers le futur. Le principe du *projet* s'oppose à celui de la répétition. La constitution des sciences sociales au XIX^{ème} siècle témoigne de cette conscience nouvelle de l'histoire en cours de construction.

De cette nouvelle orientation dépend la représentation du vieillissement. Si la valeur est portée sur le nouveau, le « en train de se faire », la génération valorisée est celle de la jeunesse. La vieillesse est pensée selon les valeurs dominantes et non selon des valeurs propres. Quid de la place de ceux qui ne peuvent plus être dans l'action, du fait d'un corps qui ne fonctionne plus selon les mêmes performances ? Le vieillissement devient un *stigmat* du corps trahissant l'inadaptation sociale (34). Il ne peut plus être symbolisé autrement que dans une mort à venir. La remise en cause de ce qui a été par rapport à ce qui sera, empêche la

justification de l'existence même des vieux. Prisonniers de leur corps, il devient l'irréductible de la vie, perte de la singularité de l'individu en raison du cliché de ce que convoque le corps abîmé. « Le vieillard n'est plus son histoire mais un corps défait » (35).

De l'évolution de la pensée à travers le bouleversement de l'époque moderne émanent plusieurs constats : la personne âgée apparaît à cette période comme catégorie, distinguée selon des attributs stéréotypés qui rentrent en opposition avec les valeurs dominantes émergentes. Le discours sociologique, comme miroir des représentations sociales, renforce ces stéréotypes en ce qu'il les valide. Notre travail ne consiste pas à valider ou invalider ces discours. Nous interrogeons les conséquences du retentissement d'un tel discours et des représentations qu'ils véhiculent sur les individus qui sont investis d'une mission qu'ils échouent d'emblée à honorer. Comment vieillir dans une société qui présente son rapport au monde excluant la vieillesse ?

Dernière étape avant de penser cette clinique dépressive, l'analyse de la gestion des corps vieillissants : l'institutionnalisation de la dépendance.

C. « Gestion » des corps vieillissant

En regard des transformations des représentations, les modalités d'assistance aux personnes âgées ont largement évolué au cours des derniers siècles. La gérontologie est la science du vieillissement. Elle se distingue de la gériatrie qui constitue la discipline médicale spécialisée sur les personnes âgées. L'individualisation de la discipline a dissocié l'assimilation classique du vieux au « fou » tout en médicalisant ces attributs. La constitution des réseaux de soin met en scène le paradoxe de la recherche d'autonomie. Enfin l'approche de l'environnement matériel des vieux illustrera la conclusion de notre première partie.

1. Assistance aux personnes âgées

L'histoire de l'assistance aux personnes âgées(36) met en lien la classe d'âge et la psychiatrie. Le recours à « l'internement » des vieux déments est un phénomène ancien. On retrouve un conflit depuis le XIXème siècle entre les institutions psychiatriques et les institutions gérontologiques sur la question de l'accueil et de la justification des placements. L'histoire de la psychiatrie au XIXème siècle, outre la transformation de la vision médicale concernant les troubles psychiques induit par l'établissement du traitement moral, a incarné un outil de contrôle social(37). Ainsi, selon les points de vue, on peut considérer que les vieux ont trouvé « asile » en psychiatrie ou bien que le flux des vieillards, en dehors de la sphère privée, s'est vu régulé par les asiles.

Le développement de la gériatrie témoigne d'une modification du paradigme médical sur les personnes âgées. Alors même que la discipline se justifie par la distinction du vieillissement et des maladies liées à l'âge, le XXème siècle vulgarise une médicalisation de la vieillesse, induisant une confusion entre vieillissement et dépendance. Là encore il n'est pas de transition nette mais un phénomène porté par les transformations des représentations sociales. Échange d'un stigmaté pour un autre : il semble que du vieux « fou » l'on soit passé au vieux « dépendant ».

Le lien entre les sujets âgés et la psychiatrie est complexe et relève d'une analyse à plusieurs niveaux. Deux problématiques se chevauchent. D'une part, la question médicale des troubles psychiatriques des personnes âgées, dont il ne sera pas question ici et que nous aborderons en deuxième partie. D'autre part, la problématique économique de l'assistance aux personnes âgées qui, depuis le XVIIème siècle, donne aux lieux « psychiatriques » une fonction d'accueil de personnes âgées indépendamment de pathologies. Nous verrons la répétition des rapports officiels alertant de l'inadaptation de tels accueils. L'encombrement et les

dysfonctionnements institutionnels qu'ils suscitent sont dénoncés. L'héritage de ce débat semble se retrouver actuellement dans les conflits entre le milieu sanitaire et le milieu social et médicosocial.

Au XVII^{ème}(36) siècle la construction des hôpitaux généraux de l'ancien régime témoigne d'une volonté de rationaliser les moyens de l'assistance. L'institution garde dans ses missions l'accueil des vieillards indigents. Au XVIII^{ème} siècle 1/3 des patients étaient admis pour des raisons sociales. Dans le bouleversement révolutionnaire, les hôpitaux généraux, jugés désuets, sont fermés et les hospices, pointe de l'accueil, se développent. Loin de sa valeur péjorative actuelle, l'hospice se diffuse au XIX^{ème} siècle avec l'idée de retraite et l'impératif d'assistance social aux vieillards. L'inadéquation de l'offre et de la demande du système retentit sur l'administration asilaire. Le débat est d'emblée important sans qu'il y ait d'homogénéité au sein des différentes institutions. J.-B. Lautard, médecin chef de l'hospice des insensés de Marseille en 1924, dénonce le phénomène et demande que l'assistance se fasse par la famille et non pas par des institutions. Morel en 1864 dénonce la maltraitance des vieillards déments hospitalisés à l'asile de Bailleul et l'inadaptation de l'assistance médicale. Certains justifient ces pratiques en dénonçant l'insalubrité des logements individuels ou celle des hospices. Trois arguments sont récurrents : l'impossibilité du maintien au domicile, le délai d'attente pour l'accueil à l'hospice et l'argument économique. A noter que si l'asile ne peut refuser à l'époque une admission, les hospices en ont le droit. Le premier motif d'adressage est le trouble de comportement. Tout le monde s'accorde à dire que l'asile n'est pas un lieu d'accueil adapté, mais les pratiques se maintiennent par la rationalisation de moyens. Une enquête de l'Inserm(36), en 1966, sur « l'internement des séniles » conclut à l'encombrement et au dysfonctionnement des établissements psychiatriques par la présence de vieillards, sans pathologie psychiatrique, qui nécessiteraient un placement dans des lieux dédiés, ainsi que la nécessité d'assistance extrahospitalière ambulatoire. Pour autant, la place

de la psychiatrie dans l'accompagnement des « séniles » n'est pas remise en cause. Ce sont ses modalités qui le sont. La circulaire de mars 1960, relative à la mise en place de la politique de secteur en psychiatrie, rappelle le cas spécifique des personnes âgées et la nécessité de ne pas faire de l'accueil psychiatrique une alternative à un défaut de moyen du secteur social. En 1971 et 1972 des circulaires mentionnent la nécessité d'intégrer les établissements sanitaires ou sociaux à la politique de secteur, la nécessité de constitution de « centres gérontopsychiatriques » sans qu'ils constituent des unités de « chroniques » et condamne les transferts sans accord préalable.

Nous voyons donc que le recours à la psychiatrie a constitué un phénomène récurrent. L'assimilation de la vieillesse à la sénilité et par voie de contiguïté à ses modalités d'assistance, à savoir celles de la folie, explicite la métaphore sociale du vieux « fou ».

Parallèlement, les transformations du rapport au corps que nous avons décrites et le développement de la gériatrie transforment le paradigme de la vieillesse.

La discipline, d'apparition récente, se justifie par la nécessité d'une approche multidisciplinaire et globale de la personne âgée. A l'instar de la pédiatrie et à l'inverse de toutes les spécialités de la médecine occidentale, son objet est défini par une classe d'âge et non par un organe (comme la cardiologie) ou un état fonctionnel (comme la réanimation ou la cancérologie). Elle concerne de fait des intervenants issus de cultures différentes. Selon la Société française de gériatrie(38), elle associe aujourd'hui l'objectif d'un vieillissement « réussi » et la perspective d'augmenter la longévité de la vie en prévoyant les aléas du vieillissement en minorant ses conséquences. Vaste programme...

Si le champ s'est considérablement développé au sein de l'Ecole de Paris au XIXème siècle, son évolution s'est vue interrompue à partir de 1890, période où les préoccupations sur la diminution de la fécondité ont concentré les efforts de recherche (10). La discipline a, de fait,

perdu son attractivité jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Dans la révolution anatomopathologique que nous avons citée précédemment, le vieillissement s'inscrit d'emblée en analogie de la maladie. La presse médicale, naissante à l'époque, exploite une modalité de description fine des dysfonctionnements des organismes vieillissants. Si les questions thérapeutiques sont très présentes concernant les vieillards, comme pour les autres classes d'âge, la tradition de comparaison des jeunes et des vieux est largement exploitée en défaveur de ces derniers. Charcot est une figure importante de la discipline. Il mène à la Salpêtrière des recherches spécifiques. Les premiers travaux sur la démence sénile, par la recherche de correspondances anatomo-cliniques, inaugurent la volonté de distinction de la vieillesse et de la folie.

Après la seconde guerre(38) mondiale les premières sociétés de gérontologie se constituent, regroupant physiologistes et médecins d'hospices. La réforme des hôpitaux des années 1960 manifeste une volonté de spécialisation des hospices, destinés, dorénavant, aux vieux malades et non plus aux indigents. La commission du conseiller Laroque, en 1962, a pour objectif de définir une politique gérontologique. Les premières consultations spécifiques apparaissent dans les années 1985-1990. Le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire se crée en 1988, un diplôme d'étude approfondie (DEA) de biologie du vieillissement en 1990. Les premiers gériatres hospitaliers sont nommés en 1996 et l'enseignement de la gériatrie devient obligatoire en 1997.

Dès leur création les sociétés de gérontologie se confrontent à un tâtonnement épistémologique à la fois sociologique, démographique et biologique. La biologie du développement centrée sur les organes et non sur les individus, entretient une confusion entre vieillesse et dépendance. Alors même que l'idée de soins, préventifs et spécifiques, ont précisément l'objectif de dissocier vieillesse et maladies liées à l'âge. En abordant la vieillesse par le biais de la dépendance, les politiques publiques stratifient des niveaux de

perte d'autonomie en les faisant correspondre à des niveaux d'âge. L'idée selon laquelle plus on vieillit plus on est dépendant devient extrêmement ancrée.

Si le lecteur réussit à prendre de la distance vis-à-vis du discours social commun, il aura déjà porté attention à la récurrence des termes d'indépendance et d'autonomie. Nous retrouvons la focalisation contemporaine sur ces valeurs centrales selon lesquelles les vieux sont définis en « contre », en négatif. Notre propos n'est pas de nier la nécessité d'entourage et d'accompagnement des personnes âgées, mais de prendre conscience des modalités que dicte la norme de notre époque. Le XIX^{ème} siècle avait choisi de nommer les lieux d'accueil dédiés par « hospices ». Le XX^{ème} siècle a choisi celui « d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ».

2. Le paradoxe des réseaux et de la coordination

Depuis les années 1980 se développe un nouveau mode d'organisation des soins : les réseaux. Le principe est une coordination de différents acteurs autour d'une situation complexe dans un objectif de simplification de circulation de l'information et de rationalisation des moyens. L'image est celle d'un maillage entre différentes instances permettant de décroiser le milieu hospitalier, la médecine de ville, les dispositifs d'accompagnement médicosociaux et associatifs, l'environnement direct des usagers.

Depuis la constitution de la discipline gérontologique, la nécessité d'une coordination entre les différents intervenants est apparue comme une évidence (39). Au cœur de problématiques complexes qui impliquent des cultures professionnelles différentes, où projets de vie et projets de soins entretiennent des liens parfois étroits, les réseaux permettent une mise en correspondance des pratiques.

Mais ces questions sont soumises à des enjeux politiques forts qui expliquent en partie la

grande difficulté à faire aboutir les projets. Le modèle théorique du réseau permet d'intégrer un idéal politique et des réalités de terrain. Il se soumet parfaitement au fantasme managérial d'hyper adaptabilité et d'hyper ajustement de l'offre et de la demande.

Si l'idée est pertinente, force est de constater l'aboutissement partiel de beaucoup de projets(39). Il semble que ces solutions évidentes, soient tellement « évidentes » que leur définition reste dans un flou consensuel. On observe en gérontologie une multiplication des dispositifs générant une certaine opacité organisationnelle. L'histoire de la coordination gérontologique s'inscrit dans la longue histoire des rapports entre les milieux sanitaire et social - les stratifications d'innovations fusionnant mal avec ce qui préexiste. Le principe multidisciplinaire qui la sous-tend permet d'apaiser les enjeux de pouvoir entre les institutions, permettant de légitimer l'action de chacun. Lorsque le risque de confusion disciplinaire persiste, alors le repli défensif identitaire se maintient. Dans ces cas de figure, des institutions ayant des missions qui se regroupent coexistent, ce qui entretient une confusion pour les usagers et les partenaires.

Si au XIXème siècle, avec l'implication des pouvoirs publics dans les gestions sanitaire et sociale, émerge une volonté de compréhension globale des dispositifs d'assistance, c'est après la Seconde Guerre Mondiale que l'action sociale se développe(39). Le rapport Laroque en 1960 évoque la nécessité d'une double coordination d'une part entre les acteurs et d'autres part entre les usagers et les professionnels. Le dispositif se met en place autour de logiques territoriales plus que selon des logiques de corps de métiers. La lecture rétrospective de la mise en place de ces politiques dissocie deux périodes. Avant les années 1980 avec une structuration-création-développement puis après les années 1980 organisation-représentation-répartition. Le foisonnement et la dispersion des financements tendent à la multiplication des dispositifs et à leur concurrence. Dans ce contexte, en 1982, apparaissent les *coordinateurs de l'action gérontologique*(39). L'hétérogénéité des organisations interrégionales et territoriales,

la mauvaise visibilité des politiques ont motivé la création de ces administrateurs ayant pour fonction à la fois de recenser les dispositifs existants et de servir de chef d'orchestre. Il semble que le flou de la définition à la fois du profil des coordinateurs et de leurs compétences nécessaires, l'absence de leur pouvoir décisionnel n'ait pas permis d'atteindre l'objectif. Vingt ans plus tard on assiste à la mise en place des centres locaux d'information et de coordination (40) (CLIC.) « Sous le label CLIC sont installés des guichets d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées et de prise en charge des situations complexes qu'elles peuvent rencontrer. Ces structures se situent dans une triple logique de proximité, -d'accès facilité aux droits et de mise en réseau entre les professionnels notamment les professions de santé - d'accompagnement à domicile et de l'aménagement de l'habitat, et les acteurs locaux. Ce sont des services sociaux et médico-sociaux » (41). Mais le rapport Broussy (42) de janvier 2013, dans sa volonté de penser la mise en place d'un guichet unique pour les usagers, dénonce leur disparité dans leur mission et dans leurs caractéristiques territoriales.

Récemment les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer ou MAIA (43) ont été créées comme « des dispositifs (et non des structures) développant un réseau intégré de partenaires responsabilisés intervenant dans l'accompagnement et la prise en soin des personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent à domicile » (44). Ces « maisons » se sont élargies non plus aux seuls « malades Alzheimer » mais à toute personne âgée en perte d'autonomie. « L'intégration cherche à répondre à la fragmentation du système qui se traduit par une discontinuité du service rendu, à l'existence de doublons ou de réponses redondantes. Elle conduit à un nouveau mode d'organisation des partenaires assurant des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle favorisant la coordination, la coopération et la co-responsabilisation des acteurs ».

Rappelons que les derniers rapports interministériels cités ont été rédigés en 2013 dans le contexte de la récente prise de fonction présidentielle et sont de fait investis d'une mission de

critique. Toutefois à lire les différents comptes-rendus, qui se succèdent depuis cinquante ans, émerge un sentiment de répétition permanent. Chacun dénonce l'échec de l'époque antérieure, des anciens dispositifs, et en propose de nouveaux qui seront de même remis en cause par les suivant. Car nous pourrions ajouter aux CLIC et aux MAIA, les réseaux d'action gérontologique fédérés par Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques, les centres communaux d'action sociale (CCAS), le projet des maisons départementales d'autonomie (MDA) rattachées à la maison départementale pour les personnes handicapées qui ont tous des missions de coordination.

Finalement l'opacité se retrouve à deux niveaux. D'une part la multiplicité et la difficulté de lisibilité sur les initiatives de terrain privées et publiques. D'autre part l'opacité des dispositifs censés faire réseau ou coordination.

La difficulté de cette mission de coordination semble découler, en réalité, de son principe même de reconstruction a posteriori d'une cohérence d'un dispositif ayant émergé à partir d'initiatives locales motivées par la recherche de cohérence, d'efficacité et de technicité. Le développement d'un réseau oppose schématiquement deux phénomènes. L'un passif qui serait la mise en lien de partenaires au gré des rencontres interindividuelles, des intérêts et des affinités ; l'autre actif qui serait l'application d'une politique en amont de l'expérience de terrain. Le premier phénomène est ascendant, de l'initiative des acteurs vers une modélisation théorique, et le second descendant, application d'un modèle théorique. Nous serions tentés de dire que l'objectif d'omniscience à savoir informer, créer des services manquants, dispositifs de formation et d'évaluation, des financements, passerelles intersectorielles, permanences d'écoute, aide aux aidants... ne peut être que lacunaire et défaillant, car le système est pensé comme réseau de professionnels et non comme réseau différent pour chaque usager.

Il existe une ambiguïté récurrente sur la nature du protagoniste du réseau. Les discours

affichent une volonté de mettre l'utilisateur au cœur du dispositif en reconnaissant son autonomie et permettant ainsi de se dégager des enjeux de pouvoirs. Mais la complexité de l'information sur l'assistance aux vieux implique que ceux-ci deviennent, non plus experts de ce qu'ils vivent, avec leurs critères de bien être pour organiser leur environnement, mais experts d'une *inter institutionnalité* et son lot d'acronymes qui fragmentent la personne selon des besoins émanant des représentations propres des professionnels ou des politiques, à savoir la perte d'autonomie et la dépendance. Un rapport paradoxal surgit entre les discours et les pratiques. Le dispositif a pour objectif de se centrer sur les usagers mais son fonctionnement implique d'être centré sur ceux qui l'entourent. Notre propos n'est pas de condamner de tels dispositifs mais d'en souligner les contradictions.

L'ambiguïté sur la définition de l'acteur du réseau gérontologique interroge l'application du principe d'autonomie à des personnes définies par leur perte d'autonomie. Un dispositif fondé sur *la perte* implique l'envahissement du quotidien par des objets palliatifs au vocabulaire technique et soumis à une organisation fixe (voire rigide) de professionnels aux spécialisations cloisonnées, correspondant aux représentations des différentes fonctions endommagées du corps vieillissant. L'acteur, prestataire de service, est investi par des dispositifs qui se démultiplient en fractionnant leurs objectifs d'intervention : l'alimentation, l'hygiène, les médicaments, l'autonomie, le transport, le divertissement, l'esthétique, la rééducation, le bien être... Le rôle des coordinations est pensé dans une fonction unifiante de toutes ces interventions comme un miroir de l'unité corporelle de l'utilisateur. L'écrasement du corps vieillissant par le corps social fait risquer la négation de la personne par la confusion entre la fonction corporelle et l'autonomie, au sens philosophique du terme, des personnes. Ce phénomène est sous-tendu par l'obsession de la dépendance projetée comme avatar de la vieillesse. Mais c'est bien de manière autonome que le corps continue coûte que coûte de s'exprimer notamment dans la plainte, dans les comportements « non souhaitables » ou même

dans le suicide.

3. Culture matérielle et esthétique

Nous voudrions conclure cette partie par une note illustrative. Il semble que les bouleversements historiques, démographiques, physiques, philosophiques et institutionnels que nous avons décrits, s'incarnent dans l'évolution de l'environnement matériel des vieux. Le constat se fait par l'observation et l'analyse de l'esthétique de l'ameublement dédié aux personnes vieillissantes. La médicalisation du rapport au corps apparaît ici flagrante. Du commerce à l'aménagement de l'espace il semble que le rappel à chaque étape de l'hôpital et de sa technicité soit un principe établi. Ce phénomène résume l'exclusion des vieux aux représentations des valeurs dominantes sociales puisque sous l'angle de la dépendance, les vieux ne peuvent se comporter comme « Narcisse ».

Le rapport Broussy(42), dans sa mission interministérielle sur l'adaptation de la Société française au vieillissement de sa population, évoque le retard de la France dans le développement des gérontotechnologies. Le réseau de distribution des produits est limité au secteur sanitaire.

Nous pourrions mener un travail ethnographique en soi sur cette question, nous proposons un aperçu iconographique et une réflexion issue d'un échange avec une designer dirigeant une entreprise de design spécialisée sur l'accessibilité.

D'abord le local commercial. Le mobilier est distribué dans des commerces de matériel médical. Il y a très peu de filières au sein des commerces classiques. Aucune filière spécifique n'existe en France comme c'est le cas par exemple pour le matériel de puériculture. Force est de constater l'absence évidente de séduction marketing. Moins bien aménagé qu'une pharmacie, le lieu met en scène le handicap et la restriction fonctionnelle à l'état brut, référant

à la technique et la sécurité médicales.

Les objets (image 5 a et b) et le mobilier (image 6) sont créés par des ingénieurs techniciens sans participation de designers. Comme si le beau ne pouvait être compatible avec les vieux. Ils sont stéréotypés dans leurs formes abruptes, leurs couleurs fades, leurs matériaux. La froideur qui s'en dégage interroge la possibilité de leur investissement. Il est à peine question de choix. La gamme reste pastel dans les verts-bleus, marron-beige ou gris, en plastique ou en métal. L'argument économique ne semble pourtant pas à l'origine de ce choix. Plutôt une absence d'intérêt pour ses questions de la part des professionnels de l'ornement et l'absence de sollicitation des techniciens qui, parce qu'ils en ont le monopole, font passer la question de l'esthétique comme élément superflu.

Le vocabulaire spécifique est largement péjoratif. Si le matelas « mémoire de forme » est destiné au jeune cadre dynamique, celui qui revient au vieux est le matelas « anti-escarre ». Le lit devient « médicalisé » alors qu'il pourrait être « robotisé ». La tasse « à bec » est synonyme de celle dédiée aux enfants.

Image 5 a : Table de lit issu de smartlifetime.com



Image 5 b : Tasse ergonomique dite « à bec » (Matergo).



L'environnement, envahit par la technicité standardisée, devient impersonnel et témoigne plus difficilement des histoires singulières.

Image 7 : chambre à coucher médicalisée (espace médicale 93).



Le courant de design social et du « design for all » (design pour tous)(45) dénonce cette standardisation qui entretient un rapport aux corps vieillissants précisément à contre-courant de la modernité créatrice et innovante. Au lieu de décliner une gamme spécifique pour les personnes âgées et handicapées l'idée est d'intégrer au sein même de la constitution des objets l'idée d'accessibilité. En intégrant cette dimension dans le processus de création, au sein même du cahier des charges de l'objet, elle ne correspond plus à une contrainte a posteriori.

En exploitant de manière critique l'histoire du rapport aux personnes et aux personnes âgées depuis l'époque moderne nous avons pu suggérer une remise en cause de certaines évidences de notre époque contemporaine. L'étude de l'histoire démographique rend compte de son utilisation potentielle comme outil politique, pouvant illustrer ou induire des représentations sociales. En reprenant la thèse de P. Bourdelais(10) nous en avons exploré un exemple. Sans nier l'augmentation de l'espérance de vie, nous interrogeons cette définition aussi floue que communément admise de vieillissement. Dans le projet des politiques natalistes il n'aurait été d'aucune utilité de reconnaître l'incroyable richesse à la fois en termes de potentiel économique et démographique auquel correspond l'augmentation du nombre de « séniors ». Mais le concept de « vieillissement de population » exploite et entretient une représentation négative. La tendance s'est orientée sur la menace, celle de la perte de dynamisme et du risque de dépendance de la société.

En replaçant l'image de la vieillesse dans l'évolution des représentations de l'homme dans sa corporéité, nous avons vu apparaître l'ambivalence entre les termes d'autonomie et d'indépendance dans une ambition de performance. Dans ce processus, l'homme devient un être de création, de projet. Parce qu'ils sont définis en terme de perte et de dépendance, les vieux apparaissent alors comme des anti-projets. En centrant les politiques de vieillesse sur les questions de dépendance, chacun a pour mission de reconnaître ces premiers signes comme expression non souhaitable de la vieillesse. Et si c'était précisément le processus de l'effondrement dépressif qui s'installait ? *L'hyper repérage* par les sujets vieillissants de leur dépendance à venir dans un mécanisme interprétatif social généralisé ?

II. Dépression du sujet âgé : le corps comme cause et réceptacle

La dépression est une maladie psychiatrique grave. Elle tient une place centrale dans les problématiques de santé publique. L'identification et le traitement de cette pathologie dans la population vieillissante présente des enjeux spécifiques et complexes. Les représentations sociales de la vieillesse et les projections "dépressogènes" rendent la distinction entre norme et pathologie difficilement identifiable pour les soignants mal initiés.

Après un état des lieux épidémiologique du trouble, nous décrirons trois aspects de la place du corps dans la dépression : les aspects neurocognitifs dans une perspective neuroscientifique, la plainte somatique et la crise du « vieillir » selon la théorie psychosomatique et les perspectives psychodynamiques. Nous illustrerons notre propos par des cas cliniques. Enfin nous énoncerons les principes curatifs.

A. Epidémiologie

1. Dépression et suicide du sujet âgé : données françaises et internationales

Dans la population générale, 15 à 30% des personnes âgées consultant en médecine générale présenteraient des symptômes dépressifs (46). La plupart des études épidémiologiques présentent un biais dans la nature des populations étudiées. Selon le type d'étude, les sujets pris en compte sont soit des personnes institutionnalisées, soit des personnes vivant à domicile, sans que les deux populations ne soient incluses dans un même temps. Ces deux modes de recrutement rendent difficile une appréciation globale de la prévalence de la maladie dans la population générale.

Selon Schuster et al(47), la prévalence varierait de 1,1 à 3 % dans les populations non institutionnalisées de plus de 65 ans. Lorsque les critères diagnostiques sont issus d'outils

spécifiques à la classe d'âge (nous y reviendrons), elle atteindrait 11 à 16 %. L'étude Euro-DEP (48), exploitant la notion de « dépression cliniquement significative », rapporte des taux de prévalence de symptômes (8,6 et 14,1%) et de troubles dépressifs (entre 1 et 4 %) sensiblement plus élevés. L'enquête santé mentale en population générale (49) retrouve en France une prévalence 11,3% chez les sujets de plus de 75 ans non institutionnalisés. Ce résultat est identique à la population de moins de 65 ans incluse dans l'étude mais 2,5% plus élevé que le groupe des 65-74 ans. Le trouble anxieux diminuerait selon les groupes de 23,4% à 15,9% puis 12,7%. Au moment de l'admission en institution le taux serait de 27 % (50). Une étude norvégienne (51) retrouve 21,2 % de personnes déprimées chez 900 résidents de maison de retraite, avec une persistance à un an de 44,8 %. Une étude française de 2008 (52) menée dans 14 établissements privés de retraite de la région Centre rapporte une prévalence de 55 % d'épisodes dépressifs mesurés au moyen de la MADRS.

Le suicide, complication grave de la dépression, augmente largement dans la population âgée. Selon l'enquête SMPG(49) citée précédemment, le risque suicidaire passerait de 9,5% à 14,2% entre les moins de 65 ans et les plus de 75 ans. Pour autant le rapport de la DRESS de 2009 (53) sur l'évolution de la mortalité par suicide en France entre 2000 et 2006 montre un recul de celui-ci dans la population. Il passe de 27,5 à 24,4 pour 100 000 chez les 65-74 ans, de 38,2 à 31,8 pour 100 000 chez les 75-84 ans et de 52 à 39,7 pour 100 000 chez les plus de 85 ans. Il existe une nette surmortalité masculine. Les Chiffres passent de 36,7 à 13,9, de 60,4 à 13,24, et de 100,2 à 15,3 pour 100 000, pour les trois classes d'âge, selon qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes. Pour Lôo (54) le ratio entre idéation suicidaire et suicide accompli passe de 1/10 vs 1/20 à 1/5 vs 1/10 chez les plus de 65 ans. Ainsi dépression et suicide des personnes âgées constituent un problème majeur de santé publique.

Les facteurs de risque associés à la dépression, résumés dans le tableau 1, peuvent être distingués selon trois catégories : environnementale, organo-biologique, individuelle. Dans

une revue de littérature, Cole (46) identifie l'invalidité, le deuil, le diagnostic d'une nouvelle maladie somatique, un niveau de santé fragile, un antécédent de dépression, un faible niveau éducatif, l'isolement, une déficience sensorielle, le sexe féminin et les troubles du sommeil comme principaux facteurs associés.

Rapporté par Thomas et Hazif-Thomas (55) une étude anglaise établit un lien entre un faible niveau économique durant la vie active et le risque dépressif 30 ans après.

Les comorbidités (46) fréquemment associées sont les pathologies cardio-vasculaires, le cancer, les dysthyroïdies, la douleur au long cours sur le plan somatique ; sur le plan psychiatrique : l'anxiété, les troubles phobiques, notamment l'agoraphobie, les surconsommations de toxiques principalement l'alcool. Mais la dépression aggrave également le pronostic des pathologies somatiques associées et peut diminuer le recours aux soins.

Enfin le pronostic est classiquement décrit comme mauvais avec 20 à 30% de rémission partielle. La chronicité serait de 10 à 25%, la rechute de 15 à 25% dans l'année, 30 à 50% dans les deux ans 50 à 75% au cours de leur vie (56). Ces chiffres semblent être liés au défaut de repérage et de soin sans être inhérent à la gravité de la pathologie.

Tableau 1. Facteurs de risques de dépression chez le sujet âgé

Facteurs environnementaux
Isolement social, conflit interpersonnel
Retraite
Deuil
Problèmes économiques
Changement de domicile, institutionnalisation
Facteurs organo-biologiques
Accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, démence,
Insuffisance cardiaque, dysthyroïdie, douleurs chroniques, cancer, déficits sensoriels
Diminution des neurotransmetteurs au niveau cérébral (sérotonine, noradrénaline et dopamine)
Iatrogénie
Facteurs individuels
Vulnérabilité dépressive, antécédents thymiques
Comorbidité psychiatrique : anxiété, consommation de toxiques.
Sexe féminin (chez les moins de 85 ans)

2. Difficulté du cadre nosologique

La difficulté du diagnostic et du repérage du trouble dépressif chez les personnes âgées est un élément récurrent de la littérature. Dans une étude qualitative, comparant le discours de personnes âgées souffrant de dépression à celui de médecins généralistes et d'infirmières, Burroughs (57) met en évidence la banalisation des symptômes dépressifs dans cette population. La souffrance est décrite comme « justifiée ». Il développe le thème du « therapeutic nihilism » que l'on pourrait traduire, en prenant de la liberté, par l'expression populaire : « à quoi bon... ». Le discours des soignants rationalise l'absence d'intervention thérapeutique. La normalisation de la souffrance à cet âge tient lieu d'étiologie. Au sujet du diagnostic, on retrouve la difficulté de repérage du fait d'une expression atypique, phénomène aggravé selon le contexte culturel, la difficulté à annoncer celui-ci et la réticence des patients à l'accepter. Concernant les soins, ils confient la conviction de l'inefficacité des traitements médicamenteux et la gravité de leurs effets secondaires, l'absence de dispositifs d'accompagnement adaptés et la rivalité entre médecins généralistes et spécialistes. En miroir, les patients reconnaissent l'importance de leur souffrance mais également la réticence à l'identifier comme « maladie ». Pour eux les événements de vie et l'origine de leur trouble est confondu. Ils ne croient donc pas à l'effet des traitements sur leur environnement et mettent en avant la crainte d'une éventuelle addiction. Ainsi l'auteur conclut-il aux limitations de l'accès au soin du fait des représentations "d'auto stigmatisation".

Nous avons décrit dans notre première partie en quoi les représentations sociales contemporaines de la vieillesse étaient hautement péjoratives. Il y a d'une part la caricature du vieillard grincheux ou apathique ayant perdu curiosité et plaisir. D'autre part la projection d'un environnement dépressogène, arbitrée par la dépendance et la perte qui feraient de l'absence de dépression un état pathologique. « Qui ne se déprimerait pas dans ces conditions ? » peut-on communément entendre.

La tolérance sociale à la perte d'initiative et à la morosité des vieux a donc un retentissement sur le diagnostic et la demande d'aide. La « dépression » se confond avec « désespoir existentiel » et risque deux impasses : l'abstention thérapeutique ou la médicalisation symptomatique de comportements (58). Ce phénomène tend à ne prendre en soin que les sujets dont la symptomatologie est bruyante.

On note un paradoxe entre le discours commun d'un phénomène qui est décrit comme un envahissement de la société par les vieillards, une médicalisation de leur environnement, et la tolérance et le retard d'intervention médicale spécifique sur les problématiques de souffrance psychique dépressive. Le principe du suicide philosophique apparaît comme un extrême de ce processus.

La gérontopsychiatrie s'est développée en tant que branche de la psychiatrie visant à se soustraire à ce regard sur la vieillesse. Nous reconnaissons la démarche gériatrique décrite précédemment. Nous avons décrit en quoi les troubles psychiques des personnes âgées sont un sujet d'intérêt pour les médecins et psychiatres depuis la fin du XIX^{ème} siècle. C'est à partir de la moitié du XX^{ème} siècle, avec l'apparition de sociétés savantes et d'associations professionnelles, que les connaissances et les recherches se multiplient dans le champs de la psychiatrie des sujets âgés (59). La World Psychiatric Association (WPA) crée une section spécifique de gériatrie à la fin des années 1970 et l'International Psycho-Geriatric Association (IPA) naît en 1981. L'Association Européenne de Psychiatrie Gériatrique (EAGP), officialisée en 1987, existe depuis 1972. L'association américaine de psychiatrie gériatrique (AAGP) se crée en 1978, et la Société de Psychogériatrie de Langue Française (SPLF) organise des réunions scientifiques depuis 1984. La charte de formation initiale en psychiatrie de l'adulte de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) précise depuis que « tout psychiatre de l'adulte doit avoir des connaissances et des compétences nécessaires à la prise en charge des patients âgés ; il est nécessaire d'acquérir des connaissances concernant les

facteurs biologiques, psychologiques et sociologiques de prévention, d'étiopathogénie et de prise en charge des problèmes psychiatriques des sujets âgés ; pour les étudiants ayant un intérêt marqué pour cette sous-spécialité, les modalités de formation en place dans leur pays doivent leur permettre et les encourager à acquérir des compétences théoriques et cliniques spécifiques dans ce domaine ; cette formation doit être supervisée par un médecin senior spécialisé en psychiatrie du sujet âgé ».

B. La place du corps dans la clinique dépressive

1. Vers une clinique spécifique

Deux approches permettent de diagnostiquer et de mesurer la dépression. Les approches catégorielles établissent des catégories diagnostiques et les approches dimensionnelles évaluent l'intensité d'un trouble à partir de la congruence d'indicateurs.

Les deux classifications diagnostiques des troubles psychiques les plus utilisées sont le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et la CIM (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes).

La cinquième version de la classification américaine (60) définit l'épisode dépressif majeur selon les critères présentés dans le tableau 2.

La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et une altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.

Tableau 2 : Critères de l'épisode dépressif majeur selon le DSM V.

<p>A. Au moins cinq des symptômes suivants, dont au moins (1) ou (2), doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
<p>B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p>
<p>C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.</p>
<p>D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique.</p>
<p>E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.</p>

Les critères de la 10ème version de la CIM(61) sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : critères de l'épisode dépressif majeur selon la CIM 10.

Présents sur une période ≥ 2 semaines :
<p>A. Symptômes typiques :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Abaissement stable de l'humeur (pas de variation d'un jour à l'autre ou selon les circonstances). Mais elle peut présenter des variations caractéristiques au cours du nycthémère.b. Diminution de l'intérêt et du plaisir.c. Réduction de l'énergie, entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Des efforts minimes entraînent souvent une fatigue importante.
<p>B. Symptômes autres :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Une diminution de la concentration et de l'attention.b. Une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi.c. Des idées de culpabilité ou de dévalorisation.d. Une attitude morose et pessimiste face à l'avenir.e. Des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires.f. Une perturbation du sommeil.g. Une diminution de l'appétit.

Il y a 3 niveaux de sévérité, évalués à la fois par le nombre de symptôme et leur intensité.

L'épisode dépressif léger rempli au moins 2 symptômes dans chaque liste. Aucun de ces symptômes ne doit être sévère.

L'épisode dépressif moyen remplit au moins 2 symptômes typiques, et au moins 3 autres. Certains symptômes peuvent être sévères, mais non indispensables au diagnostic.

Enfin, l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques remplit au moins 3 symptômes typiques, et 4 autres. Plusieurs de ces symptômes doivent être sévères. Le sujet présente généralement soit une agitation soit un ralentissement marqué. Le tableau clinique est habituellement dominé par une perte de l'estime de soi, des idées de dévalorisation ou des sentiments de culpabilité, et comporte souvent des idées de suicide manifestes. La poursuite des activités sociales, professionnelles ou ménagères est en général très altérée. Il peut s'associer à des symptômes psychotiques à type d'idées délirantes, d'hallucinations dont le registre est congruent ou non à l'humeur ou de stupeur dépressive.

Chaque niveau peut associer ou non des symptômes "somatiques", qu'il faut comprendre comme équivalent de "mélancoliques". Souvent présents dans les épisodes sévères, ils sont définis par la présence d'au moins 4 symptômes suivants :

- a. Diminution de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
- b. Manque de réactivité émotionnelle à des événements ou à des circonstances habituellement agréables.
- c. Réveil matinal précoce (≥ 2 h avant l'heure habituelle).
- d. Dépression plus marquée le matin.
- e. Ralentissement psychomoteur ou d'une agitation psychomotrice marqués, c.-à-d. remarquables ou signalés par d'autres personnes.
- f. Une perte marquée d'appétit.

- g. Une perte de poids ($\geq 5\%$ du poids corporel au cours du dernier mois).
- h. Diminution marquée de la libido.

D'autres entités des classifications retrouvent l'humeur dépressive :

- La *Dépression récurrente* : si les symptômes réapparaissent après une rémission de 2 mois ;
- *Dysthymie* du DSM IV, appelée dépression chronique dans le DSM V, défini par une humeur dépressive continue pendant 2 ans, associant au minimum 2 des critères suivants sans rémission de plus de deux mois : diminution ou majoration de l'appétit, diminution ou majoration du sommeil, perte d'énergie ou fatigue, faible estime personnelle, difficulté de concentration ou dans la prise de décision, perte d'espoir. Les critères BCDE de l'épisode dépressif majeur sont présents.
- *Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive* : symptômes apparaissant dans les trois mois d'une situation stressante identifiable. A l'origine d'un stress proportionnellement majoré dans l'intensité ou la sévérité par rapport au contexte socioculturel. Des symptômes non habituels chez l'individu sont présents moins de 6 mois.
- *Trouble dépressif dû à une affection médicale* définie par une humeur dépressive persistante ou diminution notable des intérêts, plaisirs et de presque toutes activités ; la preuve dans l'anamnèse, examen clinique ou résultats d'examens complémentaires, un lien physiopathologique avec une cause somatique; le trouble n'est pas expliqué par un autre trouble psychique; le trouble ne survient pas au cours d'un épisode confusionnel.

- *Trouble bipolaire* type 1 défini par la présence d'un épisode maniaque mais qui n'associe pas forcément un épisode dépressif ; le type 2 qui associe toujours un épisode dépressif à un épisode hypomaniaque ; la cyclothymie définie par de nombreux épisodes d'allure hypomaniaque et dépressif sans remplir les critères, présents au moins la moitié du temps avec des périodes intercurrentes inférieures à deux mois sur une période de deux ans.

Ces classifications ont un double objectif (62). Le premier est de permettre de définir des critères cliniques objectifs athéoriques permettant un échange entre cliniciens issus de courants de pensées distincts (psychanalytique, cognitiviste, biologiste, systémicien...). Le second est de définir des critères non exhaustifs permettant leur utilisation en recherche biomédicale, la collecte de données statistiques de santé ou encore la comparaison de groupes populationnels. L'approche dimensionnelle a, quant à elle, l'objectif d'évaluer l'intensité de la souffrance dépressive et son retentissement. Il en existe deux types : Les échelles d'auto et d'hétéro évaluation. Nous citons les plus utilisées.

Il existe deux principales échelles d'hétéro évaluation :

- L'échelle de Hamilton ou HDRS a été publiée en 1960. La version définitive comprend 17 items (63). Chaque item de l'échelle est gradué de 0 à 2 ou de 0 à 4, la note finale allant de 0 à 52. Les seuils d'intensité légère, modérée, sévère sont respectivement 8, 18 et 26. La HDRS a été initialement conçue pour mesurer les changements d'intensité de la dépression sous traitement de l'adulte.
- L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg ou MADRS (64) comprend dix items cotés de 0 à 6. Elle mesure essentiellement les composantes somatiques de la dépression. La rémission a été définie par Hawley en 2002 comme une note inférieure à 9 ou à 10 (65).

Concernant les échelles d'auto évaluation :

- L'Inventaire de dépression de Beck ou BDI est l'échelle d'auto-évaluation de la dépression la plus utilisée en France chez l'adulte. Sa forme initiale date de 1961 (66). Elle comprend 21 items de 4 à 5 affirmations cotées de 0 à 3. Les seuils de gravité sont 5, 8 et 16 pour légère, modérée et sévère. Elle évalue les dimensions cognitives, comportementales, affectives et somatiques de la dépression.
- Le Depressive Experience Questionnaire explore deux dimensions : la perturbation des relations aux autres et les préoccupations concernant le sujet (67).

Selon les contextes, ces critères ou indicateurs sont plus ou moins appropriés pour définir le trouble dépressif. C'est le cas par exemple de l'expression de la dépression en fonction de la culture. Kleinman (68) a décrit les *category falacy* et le concept de *misdiagnosis* pour expliciter les erreurs de diagnostic en situation transculturelle. Par exemple les idées de persécution souvent présentes dans les épisodes dépressifs de sujets originaires d'Afrique subsaharienne ou encore la place de la plainte somatique dans certaines populations asiatiques (62).

L'âge constitue également un contexte d'expression différente de la maladie dépressive. De même que la dépression de l'enfant et de l'adolescent ont des critères propres (62), il apparaît que l'expression de la dépression chez les sujets âgés est différente de celle de l'adulte plus jeune. Le concept de dépression infraclinique (*subthreshold depression*) définit des formes cliniques dont les symptômes sont quantitativement et qualitativement différents des formes classiques. Ces entités sont particulièrement présentes chez les adolescents (69) et chez les personnes âgées (70).

Trois dimensions constituent un « piège » diagnostique pour les cliniciens : la représentation

sociale de la vieillesse « normale », les troubles cognitifs et la plainte somatique. Dans l'expression trompeuse, la tristesse est parfois remplacée par l'hostilité, des idées délirantes de préjudice, l'anhédonie par la douleur. Ainsi sur les sujets âgés consultant en médecine générale présentant un tableau dépressif uniquement 40 % seraient reconnus (54).

Yesavag et Brink (71) ont défini une échelle spécifique de mesure d'intensité dépressive chez les sujets âgés sans trouble cognitif : la *Geriatric Depression Scale* (GDS). Cet auto-questionnaire de trente items est validé en français (72) (Annexe 1). Les réponses sont de type binaire (oui/non), chacune associée à un score de 0 ou 1. La probabilité de la dépression est définie par un score supérieur à 11. Il existe deux versions abrégées à 15 (Annexe 2) ou 4 items (Annexe 3).

Nous expliciterons dans la prochaine partie le lien entre trouble cognitif et dépression. Plusieurs échelles(73) sont validées pour explorer la composante dépressive dans les démences. En cas de trouble cognitif avec un score au Mini Mental Score (MMS) supérieur à 15, le QD2A de Pichot présente une bonne sensibilité. Il s'agit d'un auto questionnaire à 13 items. Chaque réponse positive correspond à un point. Le seuil de positivité dépressive est à 7 (Annexe 4).

Trois échelles sont validées en cas de MMS inférieur à 15. L'échelle de Cornell, traduite par Camus et al. (74), hétéro évaluation à 19 items cotés de « non évaluable », 0 à 2, est à remplir avec le patient pendant une dizaine de minutes et avec une personne de l'entourage pendant une vingtaine de minutes. Le seuil de positivité est à 10 (Annexe 5).

La *Neuro Psychiatric Inventory* (73) permet d'évaluer l'humeur en cas de troubles du comportement importants à partir de leur fréquence, gravité et retentissement (Annexe 6).

2. Cerveau, vieillissement et dépression

Le titre de ce sous chapitre annonce un champ vaste et ambitieux. Les liens entre ces trois entités sont complexes et multiples. Nous ne ferons pas une présentation exhaustive mais tenterons une synthèse des connaissances selon trois axes : bases neurophysiologiques du vieillissement cérébral et de la dépression, le masque démentiel de la dépression et l'articulation de la dépression avec les pathologies du système nerveux central.

a) Vieillissement cérébral normal

Le vieillissement cérébral est un phénomène complexe qui dépend de facteurs individuels, génétiques et environnementaux. Il implique de multiples mécanismes dont les fonctionnements et les interactions sont encore mal connus. Il se fait à un niveau électrique, biochimique, métabolique et structural.

Les études sur le stress oxydatif des lipides (75), produisant des radicaux libres et schématiquement à l'origine d'une altération de l'expression de l'ADN, font du cerveau un organe cible du vieillissement. Ces transformations métaboliques impliquent des modifications biochimiques et structurales. Il existe une altération de la neurotransmission par le biais de leur synthèse et de leur fonctionnalité. Cette tendance s'associe au phénomène d'atrophie cérébrale. La voie glutamatergique, impliquant l'hippocampe et les aires associatives, serait la première touchée. En second lieu vient la voie cholinergique (noyau basal, septal médian, bande diagonale de Broca). Enfin, l'atteinte la plus constante et la plus sévère serait la voie dopaminergique (*locus coeruleus*), entraînant potentiellement une désafférentation du lobe frontal entretenu, si elles existent, par les désafférentations sensorielles. Un défaut d'utilisation de la voie dopaminergique, empêchant la synaptogenèse compensatrice est corrélé à des troubles moteurs (marche et équilibre), émotionnels et cognitifs. De manière physiologique il existe une réduction de la masse frontale et de la

substance blanche ; une perte neuronale localisée dans le cortex préfrontal, l'hippocampe, le cervelet et le noyau caudé (76). La vulnérabilité de ces zones est mal expliquée. Le dysfonctionnement synaptique et de neurotransmission décrit précédemment est une des hypothèses. Mais ces définitions risquent d'envisager le vieillissement uniquement en termes de déclin. Or les notions de « compensation » et « d'optimisation sélective » permettent une approche dimensionnelle insistant sur les aménagements adaptatifs au cours du vieillissement (77). La plupart des évaluations ignorent la part de l'expérience, de l'intelligence sociale alors qu'elles font partie de la performance cognitive. Les résultats obtenus dépendent des outils de mesure et la question de la norme est controversable.

Beaucoup de théories se succèdent sur les modalités du vieillissement cognitif. Actuellement le modèle de Harold définit une atteinte des fonctions exécutives par la perte de l'asymétrie frontale (*hemispheric asymetryreduction in old adul*). Les fonctions exécutives sont engagées dans les tâches de planification, d'organisation, de synchronisation et contrôle de l'exécution des actions. Elles permettent l'inhibition des réponses automatiques, le processus de mise à jour des informations en mémoire de travail et le processus de flexibilité mentale. Ces processus fonctionneraient de manière indépendante. Il semblerait que les deux premiers soient préférentiellement atteints au cours du vieillissement.

Concernant les fonctions mnésiques, sur les cinq catégories de mémoire décrites (procédurale, représentation perceptive, travail, épisodique et sémantique), il semblerait que la mémoire épisodique et de travail soient les plus sensibles.

Enfin concernant les capacités attentionnelles, l'attention sélective et la commande attentionnelle seraient touchées alors que l'attention soutenue serait conservée.

Mais ces résultats sont à temporer par les qualités adaptatives. L'exploitation de stimuli émotionnels dans la mobilisation des ressources mnésiques aurait un effet facilitateur sur les

différents types de mémoire. L'activité amygdalienne impliquée dans la régulation des émotions serait plus importante pour les stimuli positifs que chez les sujets plus jeunes. Parallèlement à la perte de la masse observée, on observe une modification des réseaux neuronaux, qui permettrait de maintenir un même niveau de performance. C'est le principe de *réserve cérébrale*. Elle serait corrélée au niveau d'études mais probablement en rapport avec la multiplicité des expériences intellectuelles, à l'origine d'un plus grand nombre de connexions synaptiques. Le concept de *compensation* correspond aux ressources de connaissances déclaratives élevées permettant de pallier à la perte.

b) Dépression et cerveau

Le développement actuel des neurosciences permet une nouvelle compréhension, bien que partielle, des caractéristiques des dysfonctionnements neurophysiologiques en jeu dans la dépression.

Le premier modèle s'est construit à partir de la déplétion en neurotransmetteurs monoaminergiques. Il est élaboré sur l'hypothèse de fonctionnement des traitements antidépresseurs. Les théories actuelles s'orientent plutôt sur un défaut de neurogénèse et de neuroprotection (78).

Les structures cérébrales engagées dans la régulation des émotions sont composées par le système limbique : cortex préfrontal, amygdale, hippocampe.

Deux voies neuronales sont définies(79) :

- La voie ventrale composée de l'*amygdale*, l'*insula*, le *striatum* et le *gyrus cingulaire ventral*. Il s'agit d'un système de régulation automatique depuis la perception de la signification des émotions à la réponse apportée.

- La voie dorsale avec l'*hippocampe* et le *gyrus cingulaire dorsal*. Elle est à l'origine de la régulation de l'état affectif volontaire.

L'hypothèse émise quant à la dépression serait la réduction de la densité du système ventral, associé à son hyperactivité. Ceci impliquerait une restriction de la palette des émotions perceptibles. L'amygdale aurait un rôle prédominant dans la perception des émotions à valence négative. L'hypoactivité de la région dorsale, induisant une diminution de son action régulatrice du système ventral, rendrait compte des troubles cognitifs et du maintien de l'humeur dépressive et de l'anhédonie.

Les modèles lésionnels (80) ont fait émerger l'hypothèse d'un hypométabolisme frontal gauche. Le ralentissement psychomoteur et la tristesse de l'humeur seraient associés à une diminution des débits du cortex dorsolatéral préfrontal gauche.

Par ailleurs, la différence de fonctionnement dopaminergique du noyau caudé serait associée à différentes expressions cliniques (80). Les états dépressifs dans lesquels dominent l'émoussement affectif et le ralentissement s'accompagneraient d'une hypodopaminergie dans le noyau caudé gauche, le putamen et le noyau accubens, engagé dans le circuit de récompense. Alors que lorsque l'irritabilité est au premier plan clinique, ils s'associeraient à une hypodopaminergie dans le cortex cingulaire et l'hypothalamus. Ceci serait à l'origine d'une levée d'inhibition de la régulation émotionnelle.

Enfin, on note une activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien associée aux états dépressifs, stimulant l'amygdale par le biais du cortisol. La cause de cette activation est inconnue. Elle est considérée comme une « anomalie état », non spécifique, qui disparaît après la rémission. L'hypercortisolisme aurait un effet toxique sur l'hippocampe en lien avec les troubles cognitifs(80).

c) Masque démentiel

La dépression des sujets âgés est associée, selon les études, dans 15 à 33 % des cas à des troubles cognitifs (81). Si des troubles cognitif type défaut attentionnel et mnésique sont présents à tout âge, ils peuvent, chez les sujets âgés, être au premier plan et constituer un « masque » à la dépression dont le diagnostic peut être à tort écarté.

Classiquement on distingue les signes de démence et de dépression par le mode d'apparition des symptômes, leur rythmicité au cours du nyctémère, le contact avec l'investigateur au cours de l'exploration des troubles cognitifs, la tonalité de la plainte, le profil des troubles mnésiques.... Le tableau 4 récapitule ces données.

Tableau 4 : distinction des troubles cognitif entre état dépressif et maladie d'Alzheimer

	Trouble dépressif	Maladie d'Alzheimer
Installation	rapide	progressive
Rythmicité des troubles cognitifs	fluctuants	constants
Progression	rapide	lente et insidieuse
Apraxie/agnosie	absente	présente
Orientation	intacte	perturbée
Trouble mnésique	récupération (améliorée par l'indiciage)	encodage (non amélioré par l'indiciage)
Plainte cognitive	très présente	peu présente
Investissement des tâches cognitives	faible	important
Humeur	triste	labile
Trouble mnésique	faits anciens et récents	faits récents
Réponse « type »	« je ne sais pas »	« manqué de peu »

Les caractéristiques cliniques permettent l'orientation. L'anamnèse tient une place essentielle, notamment les modalités d'apparition du trouble et les événements de vie associés. Dans la dépression l'installation est rapide et même parfois brutale. Pour autant l'inquiétude suscitée dans l'entourage de cette symptomatologie renforce souvent les croyances d'un trouble démentiel grave et irréversible, trouble auquel la représentation de la norme du vieillissement nous prépare : « ça y est ! il/elle a perdu la tête... ». Or la fluctuation des troubles au cours de la journée, l'association à des événements de vie traumatiques, le désinvestissement d'activités qui concentraient l'intérêt, la reconnaissance du changement par le sujet et la plainte des troubles mnésiques orientent le clinicien sur un profil dépressif. De même l'inquiétude qui émane de la personne sur ce qui lui arrive plus que la culpabilité ou l'incompréhension de l'inquiétude de l'entourage fait partie de la sémiologie. Le refus passif de répondre aux tâches cognitives en déclinant par un « je ne sais pas » dénote avec une position active où le sujet tente de démontrer l'absence de troubles démentiels.

Le profil des troubles mnésiques est de type cortico-sous-corticale, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'altération de l'encodage de l'information, comme dans la maladie d'Alzheimer, mais un défaut de récupération des données.

Pourtant plusieurs études mettent en évidence la présence de trouble des fonctions exécutives au cours de la dépression des sujets âgés(82–84). En réalité la frontière classiquement définie entre dépression et démence reste poreuse.

d) Dépression et maladies neurologiques centrales

La question de savoir si les troubles cognitifs dans la dépression de la personne âgée sont annonciateurs d'une maladie neurodégénérative reste entière. Il semble qu'actuellement on parle préférentiellement d'association et de facteurs de risque, sans pouvoir définir une causalité franche. Modrego et al.(85) ont mis en évidence que les patients avec un trouble

cognitif modéré (MCI) et une dépression avaient deux fois plus de risques de développer une maladie d'Alzheimer. Le syndrome dysexécutif évoqué précédemment, est parfois considéré comme un syndrome « dépression-démence » à un stade précoce, prodrome d'une pathologie démentielle(82). Une caractéristique associée à ce tableau serait la démotivation qui ferait le lien entre dépression, cognition et conation. Alexopoulos (81) définit ainsi l'entité de syndrome dysexécutif dépressif de la personne âgée. A partir d'observations cliniques, de neuropathologie et de neuroimagerie, il fait l'hypothèse d'un dysfonctionnement striatofrontal à l'origine de doubles déficits. L'expression clinique associerait des traits de personnalité paranoïaque, une démotivation, une perte d'intérêt pour les activités et un ralentissement psychomoteur qui serait en réalité une lenteur à l'initiation psychomotrice.

Le concept de dépression vasculaire (55) a été décrit chez des sujets dans les suites d'un ou plusieurs accidents vasculaires cérébraux. Sa prévalence est estimée autour de 30%. Au-delà du retentissement de l'impact que constitue l'épisode d'accident vasculaire et des conséquences en termes de déficit physique et symbolique, deux mécanismes peuvent en rendre compte : d'une part des lésions frontales gauches ou du noyau caudé gauche ; par ailleurs les syndromes dit lacunaires définis par des lésions diffuses de la substance blanche, périventriculaires, associées à un syndrome extrapyramidal axial. Dans ce contexte, la clinique dépressive est souvent marquée par l'apathie, un ralentissement psychomoteur important et une moindre idéation dépressive.

Enfin, dans la maladie de Parkinson, la dépression est présente chez environ 30 % des sujets(86). Considérée parfois comme associée au tableau clinique de la maladie, la dépression peut être inaugurale dans 8 à 10% des cas, la précédant parfois de quelques années. L'apathie, trouble de la motivation, présente dans la maladie de Parkinson fait souvent banaliser le diagnostic de dépression(87).

e) Mr D.

Mr D. est adressé en consultation pour trouble de la concentration et anxiété. Il est âgé de 58 ans.

Les antécédents personnels sont marqués d'une chirurgie rachidienne dans les suites d'un accident de travail il y a 6 mois compliquée de rachialgies séquellaires. Il n'y a aucun antécédent psychiatrique personnel ou familial.

Il vit avec sa femme. Le couple a 3 enfants, deux fils et une fille. Ils sont trois fois grands-parents. Jusqu'à son accident de travail il était chauffagiste. Il a été reclassé dans son entreprise du fait d'une invalidité. Il exerce actuellement une fonction administrative pour laquelle il a reçu une formation accélérée.

L'histoire est rapportée par sa femme, lui ne décrit aucune plainte. Elle débute au moment de la reprise de ses fonctions par l'apparition progressive d'un déficit attentionnel et de troubles mnésiques. Elle décrit une perte d'autonomie dans les actes du quotidien, d'abord pour faire la cuisine, puis pour l'entretien de la maison et enfin pour son hygiène corporelle. Il a des comportements inadaptés. Elle décrit un ralentissement important et l'impression qu'il est « absent des conversations ». Il existe quelques éléments de méfiance pathologique concernant ses nouveaux collègues mais également ses amis. Cette attitude dénote avec son tempérament habituel dynamique et prenant beaucoup d'initiatives dans l'organisation familiale.

Son médecin traitant a réalisé un scanner cérébral et un bilan biologique qui sont normaux.

En entretien on observe une fixité du regard, un ralentissement psychomoteur important, un discours très pauvre centré sur la banalisation de l'inquiétude de son épouse et l'idée d'une amélioration prochaine.

La cinétique de la symptomatologie (brutalité de l'installation et intensité), la rupture par rapport à l'état antérieur, l'histoire du reclassement professionnel vécu comme traumatique avec l'expression de la crainte de son incompétence, nous ont orientée vers un diagnostic d'épisode mélancolique.

La mise en place d'un traitement antidépresseur par tricyclique, des soins en psychomotricité ont permis la rémission totale de la symptomatologie en deux mois.

3. La plainte du corps

La plainte physique et douloureuse constitue souvent une caricature des vieux centrés sur eux-mêmes et leurs intestins. Alors même que la fonction première de la plainte est de chercher la compassion, elle peut s'installer comme un mur et faire obstacle à toute communication. Dans ce cas, elle véhicule un désir impossible à satisfaire et enlise la relation dans une mise en échec de l'entourage. Elle maintient un lien précaire fondée sur la culpabilité et suscite le rejet.

Nous avons décrit la médicalisation de l'environnement des personnes vieillissantes. Le choix du corps comme objet de plainte prend, dès lors, un sens particulier. Elle constitue un canal de communication au cœur d'une actualité sociale. En effet, cette plainte trouve un écho dans le principe de précaution de la pratique médicale actuelle et justifie une multiplication d'investigations complémentaires au nom de ce principe. Or ces examens, qui ont un potentiel traumatique fort, peuvent majorer et entretenir l'angoisse. Ils sont parfois répétés « même si l'on sait qu'ils seront normaux » témoignant de la complicité du corps médical au corps de la plainte somatique. Parfois au contraire l'étiquette « psychiatrique » constitue une perte de chance au diagnostic de pathologies somatiques. La douleur, forme la plus fréquente de plainte corporelle, est un bon exemple d'interrelation avec la dépression. L'articulation de la dépression et de la douleur du corps vieillissant est complexe. Deux angles d'approche sont

explorés : le retentissement de la douleur sur la clinique dépressive et la clinique dépressive au travers de la plainte douloureuse.

a) Douleur et dépression

La définition retenue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) inspirée de l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) est la suivante : « expérience subjective sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage ». Cette définition pose d'emblée la douleur comme une expérience multidimensionnelle et complexe, imposant une unité somatopsychique. Elle intègre trois aspects : perceptif, physique et émotionnel.

La transmission de l'information douloureuse est un phénomène complexe. De récentes études suggèrent une origine commune de la dépression et de la douleur chronique par la dérégulation de l'axe hypothalamo pituitari adrénurgique (88). La prévalence de symptômes dépressifs chez les patients qui souffrent de douleurs chroniques serait de 50% (89). Toutefois les chiffres varient considérablement selon les études (90). Les décompensations dépressives seraient plus fréquentes chez les jeunes mais là aussi les données ne sont pas univoques.

La douleur a, physiologiquement, une fonction protectrice de l'organisme. Comme le stress elle correspond à un système d'alerte qui permet de se prémunir des dangers. En revanche, l'exposition à un stimulus douloureux, de manière répétée, fait perdre cette fonction. Au-delà de trois à six mois le syndrome douloureux ne peut plus servir de système d'alarme (88).

Il est souvent difficile, a fortiori chez les personnes âgées, de distinguer la cinétique du syndrome douloureux par rapport à l'histoire dépressive. De nombreuses études se sont intéressées aux modifications de perception de la douleur dans la dépression. Classiquement, une élévation du seuil de nociception était décrite (91,92). Ce phénomène a été interprété

comme une adaptation de l'organisme à la stimulation douloureuse chronique, mais également, à l'expression de ce qui est appelé l'anesthésie affective dépressive. Sur le plan psychique l'émoussement affectif correspond à un désinvestissement, une indifférence aux stimuli affectifs. L'élévation nociceptive serait le corolaire sensoriel proprioceptif. D'autres études mettent en évidence, au contraire, une hyperalgésie induite. Ces résultats qui semblent contradictoires ne le sont en réalité pas. Le concept « d'amplification somatosensorielle »(93) se définit par une hyperesthésie intéroceptive. Conséquence du déséquilibre monoaminergique elle serait sous-tendue par un défaut d'inhibition spinale sérotoninergique et noradrénergique. Deux phénomènes s'opposeraient ainsi : une hypoesthésie extéroceptive et une hyperesthésie intéroceptive. Il serait tentant de mettre en correspondance la clinique des sujets hypercentrés sur leurs sensations douloureuses internes et complètement désinvestis des sensations de l'environnement. Méfions-nous de l'interprétation.

Pour Nasio (94) la douleur corporelle est à l'origine de réactivations psychotraumatiques d'anciennes douleurs. Le corps comme support de la mémoire cénesthésique et émotionnelle témoigne de la continuité existentielle du sujet, de l'unité de la psyché et du soma. Nous retrouverons cette dimension dans les principes de la psychomotricité. Pour cet auteur, l'effraction du corps implique spontanément une intention de réparation. Ainsi l'hyperinvestissement de l'objet de douleur intervient, selon lui, comme une tentative de pansement. De manière contradictoire, elle induit une répétition traumatique de l'émotion douloureuse. Dans une perspective psychodynamique on peut y lire un défaut d'élaboration du trauma, dans une perspective cognitiviste l'installation de boucles de rétrocontrôle cognition/émotion négatives. Ces aspects rendent essentielles encore une fois l'anamnèse et la biographie du sujet dans l'investigation diagnostique.

La bonne lecture du sens de la douleur est une chose difficile. L'importance des maladies chroniques tend à banaliser un symptôme qui semble inévitable avec l'âge. Mais la douleur

est parfois le seul symptôme de la clinique dépressive des personnes âgées.

b) Masque somatique

Deux tiers des sujets âgés auraient des plaintes somatiques dominant le tableau dépressif et les symptômes somatiques seraient inauguraux dans 30% des cas (81). Il semblerait que la plainte du corps se substitue à la plainte dépressive et à la tristesse. La plainte peut prendre un aspect obsédant, tyrannique, à l'origine de revendications et de harcèlement de l'entourage et des soignants. Cette forme hypochondriaque témoigne d'un réel sentiment de persécution par le corps et les organes.

Deux phénomènes peuvent se distinguer dans ce mécanisme de plainte. D'une part le ressenti d'une souffrance physique réelle et pouvant être attribuée à l'expression d'une souffrance psychique. C'est le processus psychosomatique. Par ailleurs l'interprétation de ce qui arrive comme la menace d'une maladie grave, soit l'expression d'une angoisse de mort, pouvant prendre une dimension délirante. C'est le symptôme hypochondriaque.

L'Ecole de psychosomatique de Paris créée dans les années 1950 par Marty et M'uzan, élabore à partir de la psychanalyse un modèle explicatif des pathologies psychosomatiques (95). Pour Marty chaque individu est inscrit dans un programme d'évolution fondé, d'une part, sur des principes généraux raciaux et culturels, et, d'autre part, sur des particularités propres à chacun. Ce programme permet de mettre en place les fonctions somatopsychiques. La cinétique n'est pour autant pas linéaire et plusieurs de ces fonctions se chevauchent ou sont interdépendantes (sensoriomotrice, système nerveux autonome...). Chacun développant un « style » fonctionnel propre, à l'origine de la personnalité adulte. S'il présuppose l'inscription de la psyché dans le soma selon la théorie freudienne, son intention est d'englober les connaissances médicales, de la physiologie et de la biologie. Selon lui, « la réalisation des programmes évolutifs généraux, qu'il s'agisse de génétique, d'embryologie, de

développement, ou de « fantasmes originaires », se trouvent quelquefois entravés, gauchis, ou aliénés par certaines particularités évolutives propres à l'individu ». L'évolution suit un principe d'organisation-désorganisation-réorganisation selon les événements de vie. Les désorganisations sont le fait de phénomènes contre-évolutifs qui déstructurent l'individu plus ou moins profondément. Elles s'inscrivent sur des mécanismes fonctionnels que sont les régressions et les fixations. Les somatisations surviennent au cours de déséquilibres de l'économie psychique. Leur forme dépend, principalement, de l'hérédité, de la congénitalité, du passé psychosomatique et de l'actualité du sujet. La conceptualisation de la théorie donne une place primordiale à la première topique freudienne de l'organisation psychique en trois domaines : conscient, préconscient et inconscient. La qualité de l'espace préconscient, considéré dans sa fonction jonctionnelle sensoriomotrice, tient une place centrale. « La qualité du préconscient dépend à la fois de l'épaisseur d'ensemble de ses stratifications, de la mobilité intérieure des formes de représentations qu'il assure entre ses différentes couches, de la permanence, enfin, de son fonctionnement ».

Il distingue deux catégories de processus de somatisation : les régressions et les désorganisations progressives. La régression a pour effet de stopper un processus contre-évolutif. Le symptôme intervient comme tentative de résolution d'un conflit intrapsychique, désir inconscient refoulé. C'est le principe de la conversion hystérique. La désorganisation progressive se fait, quant à elle, en dehors de toute mentalisation.

C'est dans ce vide préconscient qu'il définit le principe de *pensée opératoire* et de *dépression essentielle*. L'altération du processus préconscient chez les patients somatisant est à l'origine d'un mode de pensée caractérisée par une altération des capacités fantasmatiques. Le discours se limite à la présentation d'un vécu factuel, dans un rapport au monde qui semble dégagé de toute forme libidinale. La relation engagée avec l'interlocuteur est qualifiée de « relation blanche ». Ce mécanisme est différent du déplacement ou mise à distance affective rencontrée

dans les défenses obsessionnelles. Ici, la pensée n'est qu'au service de l'action, « sans portée symbolique ou pensée sublimatoire ». L'activité onirique est défaillante et le symptôme somatique exprime l'impossible homéostasie de l'économie psychique. Cette vie opératoire, instrumentale, témoigne en réalité d'un phénomène dépressif profond se présentant sans affect négatif en dehors de la plainte somatique. Il s'agit, pour Marty, de l'effondrement du tonus vital sans autre contrepartie qu'un morcellement fonctionnel : la dépression essentielle. La notion de pensée opératoire intervient à l'époque en écho à la dénonciation de la société industrielle et de l'homme « outils ». La dépression essentielle apparaît comme une réaction à une pression adaptative. La société opératoire serait à l'origine d'une généralisation de la perte de mentalisation dans un réductionnisme utilitariste. Les corps sont comme des instruments d'un idéal de société productiviste.

La désertion libidinale qui la caractérise marque la gravité du phénomène par rapport à d'autres processus dépressifs. Elle serait l'expression directe d'un instinct de mort. Moins spectaculaire que la mélancolie mais probablement plus fatale, sorte de crise sans bruit.

Cette description n'est évidemment pas restreinte aux sujets âgés. De notre clinique nous retrouvons souvent un défaut de mentalisation des symptômes ne permettant pas de faire le lien entre la plainte et les stimuli angoissants. Nous nous pencherons dans notre prochaine partie sur la question de la crise du vieillir. Il semble que la place du sentiment de vide et d'inutilité soit particulièrement propice au développement d'une vie opératoire qui se constitue comme projection de l'environnement.

L'hypochondrie se définit, quant à elle, par la crainte non justifiée d'être atteint d'une pathologie organique sévère(96). Cette expression rejoint le profil paranoïaque par la méfiance et la défiance médicales, la rigidité de la pensée. Les organes sont les persécuteurs et la composante masochiste inélaborée entretient la relation sadomasochiste. Anciennement

affection de la bile noire, elle prenait ses origines dans la région de l'hypochondre. « La plainte de l'hypochondriaque est celle de la sombre mélancolie, un mal de vivre, une nausée existentielle » (96). Les premières études freudiennes catégorisent l'hypochondrie dans les névroses actuelles. Actuelles car il s'agit de la transformation directe de l'excitation par un facteur contemporain (opposées aux névroses de transfert dans lesquelles le conflit est infantile). L'impossible mise en lien entre l'angoisse et le facteur déclenchant focalise le discours sur le corps qui pour autant est incapable de résoudre le conflit. « La pensée qui ne peut rien s'obstine à interroger un corps qui ne sait rien » (81). Lorsque les symptômes se manifestent après un événement de vie ayant une valeur traumatique, la lecture en était faite d'une névrose post-traumatique.

Le symptôme hypochondriaque est très présent dans la population âgée et particulièrement en institution. Mais ce symptôme est particulièrement prégnant au cours de la dépression avec une corrélation de 0,6 entre les échelles de dépression et d'hypochondrie (96). Dans la dépression régressive du sujet âgé décrite par Daumezon, le symptôme hypochondriaque fait partie des syndromes partiels dans l'expression tyrannique de la dépendance à l'égard des proches, associé à « la hargne coléreuse et autres manifestations infantiles » (96). Lorsque la plainte prend la forme de négation d'organe il s'agit du syndrome de Cottard, présent dans les états dépressifs sévères mélancoliformes. Il se caractérise par la conviction délirante que le corps s'est arrêté de fonctionner et que les organes se transforment, pourrissent ou disparaissent.

L'épisode hypochondriaque peut être lu comme l'expression d'un deuil identitaire au cours de périodes de transition corporelle (97). Notre pratique permet de faire un lien entre la clinique dépressive à l'adolescence et chez les personnes vieillissantes. Peut être parce que la question du vieillissement et de l'angoisse de mort est également particulièrement présente à cette période. Le contrôle qu'on a de son corps, efficient jusque-là, n'est plus opérant.

L'échappement impose un deuil. Si les adolescents défient leur corps de multiples façons (conduites ascétiques, scarification...), pour en recouvrer le pouvoir, quelles conduites pour les vieux ? La maladie somatique favorise la cristallisation de l'identité du sujet autour de sa plainte. « La crainte hypocondriaque peut alors être considérée comme un moyen de tenter de symboliser un deuil qui dépasse nos capacités d'élaboration »(97).

c) Mme V.

Mme V. est adressée par le service des urgences où elle s'est présentée à 5h du matin pour « des tremblements intérieurs ». Elle est âgée de 70 ans.

Elle vit seule avec son chien depuis le décès de son mari, il y a 4 ans, des suites d'une maladie chronique l'ayant rendu grabataire les dernières années de sa vie. Elle habite une maison à étage avec un jardin dont elle prend habituellement soin. Elle a 5 enfants ; 4 filles qui l'entourent; son fils s'est suicidé six mois auparavant à l'âge de 40 ans. Elle est retraitée, et travaillait comme secrétaire. Elle s'est beaucoup investie dans les soins corporels de sa propre mère lorsqu'elle était jeune puis de son mari par la suite.

Ses antécédents médicaux personnels sont marqués d'une scoliose, d'une arthrose multiétagée, une colopathie fonctionnelle, une dyslipidémie et une presbytie. Ses antécédents psychiatriques sont marqués d'une consultation au centre médico psychologique un an auparavant à la demande de ses enfants pour des plaintes somatiques répétées sans cause organique retrouvés par les médecins. Le traitement prescrit par son médecin traitant est entre autre composé de 150 mg de Clomipramine et de benzodiazépines.

L'histoire actuelle remonte à quelques semaines marquée par l'augmentation de la plainte somatique à l'origine d'investigations itératives par son médecin traitant sans élément organique retrouvé. Le jour de l'entretien, elle se réveille à 5 heures du matin avec une

angoisse intense associant douleur abdominale et sentiment de déréalisation.

Cliniquement elle paraît bien plus âgée que 70 ans. Lors de l'entretien le faciès est atone, il existe un émoussement affectif et un ralentissement psychomoteur. Elle décrit une aboulie, une anhédonie. Le discours est circulaire, centré sur la préoccupation somatique. La douleur et les sensations sont décrites très précisément, quasiment personnalisées, extrêmement persécutives. Il n'y a pourtant pas de négation d'organe franche et ces descriptions sont régulièrement rationalisées. Le sommeil est altéré avec un réveil précoce vers 3h du matin à l'origine de ruminations anxieuses et de l'émergence d'une idéation suicidaire.

Les entretiens répétés au cours de l'hospitalisation qu'elle accepte, permettent de mettre du sens sur cette symptomatologie. Au décès de son mari, Mme V a eu plusieurs liaisons en réponses à des « petites annonces ». Elle rapporte des relations sexuelles et parfois uniquement des communications téléphoniques érotiques. Ces épisodes sont relatés de manière évasive et génèrent une très grande culpabilité. Elle évoquera un ressenti d'abus malgré son consentement. Elle a mis un terme à cette activité de manière relativement brutale. Parallèlement elle évoque la difficulté relationnelle avec ses enfants, inquiétude envahissante et sentiment d'impossibilité de transmission de compétences. Elle parle peu du suicide de son fils. Elle évoque l'homosexualité d'un petit fils difficilement représentée.

Elle se décrit comme habituellement consciencieuse avec quelques éléments de rigidité, un sens moral marqué, sans argument pour une « obsessionnalité » pathologique. On note un altruisme et une soumission répétée à l'autorité maternelle puis celle de son mari. Elle décrit un souci majeur pour ses proches pouvant être à l'origine de ruminations importantes et la crainte d'une potentielle intrusivité.

Plusieurs dimensions émergent de ce cas clinique.

La plainte organique peut apparaître selon l'hypothèse de la réémergence de fantasmes sadomasochistes, jusqu'à présent sublimés dans ses hyperinvestissements antérieurs, ayant eu une valeur traumatique par la mise en acte au cours de ses échanges téléphoniques érotiques. Les « tremblements intérieurs » que Mme V. localise dans le bas ventre prennent le sens d'une excitation intolérable devenant persécutrice. Ces sensations s'engouffrent dans la faille narcissique et signent l'effondrement dépressif. Au-delà de la dimension psychopathologique, cela interroge la reconnaissance de la légitimité sociale de la sexualité dans le vieillissement. Objet d'étude et élément clinique souvent négligés (98), la sexualité tient pourtant une place importante dans l'histoire de l'effondrement thymique des personnes vieillissantes, référent à l'angoisse de castration. Le maintien d'une activité sexuelle possède une fonction centrale dans le bien être. Car la sexualité ne se résume pas à la génitalité. La mise en scène charnelle permet de reconnaître dans le corps vieillissant un potentiel de séduction et d'investissement libidinal.

Dans la dynamique familiale, la plainte a une fonction d'alerte pour l'entretien de la relation. Par elle, enfants et petits enfants se mobilisent dans la relation. Mais la tentative de solution a un faible pouvoir économique puisqu'elle s'épuise rapidement. L'agressivité qui la sous-tend suscite la lassitude de l'entourage. La scène se joue comme si l'absence de plainte impliquait l'absence de relation. L'effondrement dépressif et l'impossible investissement d'objets externes au corps malade, entretient le vécu d'inutilité. La plainte intervient comme une focalisation sur ce qui lui appartient vraiment face à la perte de fonction. Ce phénomène empêche l'investissement des capacités de transmission qui permettrait de nourrir les relations.

4. La crise du vieillir par le corps

a) La crise du vieillir

La notion de crise est un concept hautement répandu au XXème siècle. Elle touche beaucoup de champs de pensée. Edgar Morin rappelle le détournement du sens de crise qui originellement signifiait le moment « décisif » (*krisis*) et souvent actuellement pris pour « indécision », flou ou chaos (99). Or la crise comme processus de désorganisation-réorganisation est source potentielle de créativité et de nouveauté. L'équilibre se constitue selon les postulats suivant :

- A tout « agonisme » correspond un phénomène antagoniste
- Ce fonctionnement génère une homéostasie à partir de messages de feedback positifs et négatifs.
- Il existe une réorganisation permanente du système

Dans une approche systémique chaque personne est intégrée au sein d'un système relationnel familial ou élargi. La crise intervient comme une période de bouleversement de l'équilibre établi permettant un réajustement de ses éléments dans une perspective de changement. Il s'agit d'une modification de l'homéostasie, potentiel de transformation des boucles relationnelles inefficaces qui sont à l'origine de symptômes du « patient désigné ».

Dans une perspective psychodynamique la crise intervient lorsqu'un événement topique (effraction de la limite du dedans et du dehors), économique (touchant la quantité et la répartition des investissements) ou dynamique (confrontation du monde pulsionnel et du monde réel) menace la configuration de l'appareil psychique (100). Le Gouès parle de « crise du vieillir » (101) à partir de l'effraction dans le corps de la conscience de la finitude qui

relance les angoisses de castrations. La dépression est marquée par l'atteinte narcissique sous tendue par la confrontation avec ce qu'il appelle « le détestable en nous », à l'origine d'une dépréciation profonde, avec l'idée d'un « non-retour », échec définitif du fantasme de la toute puissance infantile et de l'éternité de la jeunesse. L'issue se fait par le réinvestissement d'une sexualité mentale à travers les identifications précoces. Le mouvement permet une réactivation pulsionnelle riche et durable ou alors s'engage vers une désexualisation en rapport avec une confrontation au deuil.

Les modifications de l'environnement à différentes échelles, corporelle, familiale, sociale, sont des facteurs de bouleversement de l'équilibre du fonctionnement psychique. La fin de l'activité professionnelle a un retentissement important à la fois sur la fonction d'utilité sociale et de modification du quotidien. Le passage qui émane de ce processus est envahi par le double lien et la mission du « vieillissement réussi ». Le principe de catégorisation populationnelle fait intégrer les personnes dans un groupe présupposant des caractéristiques stables et uniformes. La pression normative d'un vécu de la vieillesse selon un principe d'autonomie et d'indépendance devient propice à l'effondrement, le « jour où » le corps sera atteint comme effraction traumatique d'un « ça y est je suis/il est vieux ». Car si le vieux est évalué selon les mêmes critères de performance que le jeune, que l'on ne lui attribue qu'une perte sans contrepartie, alors la vieillesse se réduit à l'attente anxieuse de la défaillance du corps, signant l'échec du contrat social et la réalisation de la prophétie de dépendance.

Mais l'enjeu de la crise dans le processus de vieillissement est justement de dissocier l'amalgame entre performance physique et performance de l'être où par exemple l'expérience constitue un atout en faveur des vieux. Dans une perspective psychodynamique (102), le travail de la pensée à travers la crise permet mutation et nouvelles identifications du Moi. Le processus régressif permet de puiser des ressources libidinales dans le passé en désinvestissant de manière temporaire des perceptions réelles anxiogènes.

L'idée du vieillissement s'accompagne d'une double atteinte du corps selon des attributs de l'identité corporelle physique et de l'image du corps fantasmé (100). Le discours des personnes racontant leur vieillissement énonce la souffrance que génère le défaut de correspondance des deux entités. Ce clivage définit une réactivation de la position dépressive décrite par Mélanie Klein. Elle correspond au moment d'unification chez l'enfant, au cours de la première année de vie, de l'angoisse de la destruction de son objet de plaisir et du soulagement du constat de la permanence de cet objet. L'objet de plaisir cité par M. Klein est le sein maternel. Ici les transformations corporelles dans l'âge réactivent ce processus à travers l'interrogation de la permanence de sa propre existence. La perte de fonctions physiques, réelles ou fantasmées, convoque un travail de deuil et l'investissement d'objet valorisant. L'absence d'unification décompense la plainte du corps qui se fixe en mauvais objet.

b) La trahison du corps

Le vécu du corps se fait selon une temporalité différente chez les hommes et chez les femmes. Les cycles menstruels, la maternité, la ménopause sont des expériences de transformation qui mettent à l'épreuve l'image du corps. Chez l'homme l'évolution serait plus linéaire depuis l'adolescence. Les modifications hormonales sont impliquées directement dans le processus dépressif. Chez la femme l'hypoestrogénie aurait un impact sur le métabolisme de la neurotransmission et augmenterait le risque de dépression de 2,5(103). En miroir la chute du taux de testostérone chez l'homme est significativement associée à la dépression(104). L'implication hormonale ne peut être la seule cause retenue et il existe toujours une causalité multiple. Elle permet de faire le lien avec l'importance des problématiques centrées sur la sexualité que nous avons évoquées, qui sont souvent sous estimées. Car si les modalités des pratiques sexuelles évoluent avec l'âge et que certaines fonctions doivent se négocier, le maintien d'une activité sexuelle est un enjeu de la crise du vieillissement. La souffrance de la

perte des fonctions du corps dans la clinique dépressive donne à voir un sentiment de trahison violent de celui-ci. La crise que peut faire émerger l'annonce d'une maladie, manifeste la crainte d'un effondrement psychique comme une faillite de l'être face à un fantasme de dépendance. Il s'agirait d'une précipitation vers la mort, vécue par la personne et banalisée par l'entourage. En réalité elle symbolise l'assimilation des vieux au groupe des dépendants et empêche la singularité de la souffrance du sujet, entretenant un processus de dépersonnalisation, de dépossession. Le corps remplace la densité biographique du sujet et devient écran traumatique. Car si « le corps impose la conscience d'un écoulement temporel »(105), il s'agit d'une expérience subjective de transformation de l'image corporelle qui ne saurait être généralisée. La lecture de cette réalité du sujet intègre les expériences passées aux expériences actuelles et c'est dans cette tension qu'il faut entendre la plainte que les personnes ont de leur corps. Un jugement sévère, déception d'un corps considéré comme faillible.

c) Mme T

Mme T. âgée de 73 ans est suivie depuis un an pour un état dépressif marqué par trois rechutes depuis le début des soins.

Elle a vécu auprès de ses parents jusqu'à leur décès, il y a quelques années, sans jamais avoir de relation conjugale. Elle a deux frères, est la cadette de la fratrie. Elle est retraitée, a travaillé comme dentellière. Avant le début de la maladie, elle est décrite comme joviale avec une tendance hyperthymique. Elle incarnait la cohésion familiale.

L'histoire dépressive a débuté quelques semaines après l'annonce diagnostique d'une polyarthrite rhumatoïde pour laquelle elle est traitée par corticoïdes.

Le tableau est marqué par un ralentissement psychomoteur important, une anhédonie et une

aboulie majeure, un émoussement affectif, des troubles du sommeil et de l'appétit. Il n'y a jamais eu de passage à l'acte suicidaire.

Le traitement a été réadapté à plusieurs reprises. A noter un très bref virage de l'humeur après la mise sous Venlafaxine. Chacune des 3 hospitalisations a permis une amélioration clinique et malgré des soins ambulatoires soutenus, Mme T. arrête son traitement et la symptomatologie récidive.

L'entourage est essentiellement constitué des deux frères très mobilisés. L'un d'eux perdra sa femme dans le courant de l'année à l'origine d'une culpabilité chez Mme T.

Je rencontre Mme T. au cours de sa quatrième hospitalisation. Un projet d'accueil en foyer logement est organisé. Mais elle ne supporte pas la vie institutionnelle, multiplie les comportements à risque.

Son discours est centré sur la culpabilité d'être une charge pour ses frères, sur son sentiment d'inutilité. Le ralentissement psychomoteur est majeur, associé à un apragmatisme.

Au cours de sa 5ème hospitalisation, Mme T. chute de sa hauteur ce qui provoque une fracture du col du fémur droit. La mise en place d'une prothèse totale de hanche lui permet de se remobiliser rapidement en suite opératoire. Elle est transférée dans une unité de réadaptation fonctionnelle où elle bénéficie d'une rééducation par kinésithérapie intensive.

Dès notre première rencontre dans cette unité, 10 jours plus tard, la symptomatologie mélancoliforme s'est intégralement amendée. Mme T. est dans un échange relationnel de bonne qualité, sans ralentissement. Elle verbalise la peur qu'elle a pu ressentir au moment de sa chute et dans le temps préopératoire, craignant de mourir et de perdre la fonction de ses jambes. Elle investit la kinésithérapie et évoque l'importance de garder une autonomie. Elle se mobilise d'ailleurs de manière harmonieuse à l'aide d'une canne. Il n'y a pas d'argument pour

un virage de l'humeur.

Elle émet alors le souhait de retourner dans son foyer logement. La prise de traitement n'est plus problématique. Nous poursuivons le suivi par des visites à domicile d'une infirmière de l'équipe et l'amélioration clinique se maintiendra.

La place du corps sur la symptomatologie psychiatrique est, ici, multidimensionnelle. L'anamnèse permet d'évoquer un diagnostic de trouble bipolaire plutôt que d'épisode dépressif simple. L'impact de l'annonce d'une maladie chronique est majeur sur les défenses maniaques anciennes.

Par ailleurs la part d'iatrogénie induite par les corticoïdes permet d'évoquer la complexité de la pathologie lorsqu'elle est associée à des comorbidités somatiques. La balance bénéfice-risque de la corticothérapie nécessite la concertation multidisciplinaire afin de discuter le risque du handicap lié à la polyarthrite et celui lié à la dépression. Il semble essentiel que la personne directement concernée puisse participer à ce débat et avoir le pouvoir décisionnel.

Enfin, et cela va être notre objet maintenant, le corps apparaît comme le lieu de la rémission et support du rétablissement.

C. Soin

L'enjeu des soins est de recouvrer la santé. L'objectif du traitement de la dépression est de retrouver un élan vital, l'envie et le plaisir de faire ou d'être. Le concept de rétablissement en santé mentale implique une vision plus large que la simple vision médicale (106). Il s'agit d'un épanouissement global des sujets passant par un bien être physique, psychique et social. Nous proposons ici des outils thérapeutiques depuis une lecture médicale de la dépression. La notion de rétablissement et de santé mentale dépasse largement cette position qui s'opère à travers une cohorte d'actions et d'expériences comme la pratique religieuse ou ésotérique, de

soins traditionnels, de soutien par l'entourage ou des pairs... propres à chacun. Nous considérons que l'enjeu du rôle soignant est de reconnaître l'existence de ce panel de ressources sans faire du soin médical la seule alternative, selon une position traditionnelle paternaliste ou autoritaire et de respecter l'expression de l'autonomie des personnes. C'est dans cette perspective que le projet de soin s'établit, y compris lorsque l'état psychique nécessite une intervention psychiatrique, mais ne permet pas le consentement aux soins. Nous y reviendrons. Nombres d'études ont montré que l'aboutissement de la rémission et l'efficacité des traitements dépendaient de la reconnaissance de l'intérêt de ceux-ci par le patient (107). Bien que les deux puissent être en accord, la réussite du soin dépend effectivement de l'expérience de guérison des usagers et non de la satisfaction du médecin devant la compliance au traitement de « son » patient.

Nous développerons deux aspects: les chimiothérapies et autres actions neuronales directes (sismothérapie, stimulation magnétique transcranienne) d'une part ; les psychothérapies et la psychomotricité d'autre part.

1. Prérequis

a) Lieu et modalité de soin

Les dispositifs de soin ambulatoire se sont largement développés depuis une trentaine d'années permettant de respecter l'environnement des personnes atteintes de troubles psychiques. La perte de repère environnemental est très souvent pour les personnes âgées source de confusion, aggravant potentiellement les troubles. Plusieurs types de dispositifs de soins à domicile existent selon les modalités et le degré d'intensivité des interventions. Nous avons décrit leur diversité et même la confusion qu'ils peuvent susciter. L'accompagnement peut aller d'entretiens ponctuels à de réelles alternatives à l'hospitalisation (108) avec potentiellement une meilleure efficacité des soins (109).

Il n'y a pas de critère formel d'hospitalisation en psychiatrie. Elle est indiquée lorsqu'il existe un risque de mise en danger de soi ou d'autrui, avec ou sans intention suicidaire, conjuguant la gravité de la symptomatologie dépressive et la précarité de l'environnement humain et matériel. Les états mélancoliformes font partie de ces indications. La loi prévoit trois modalités de soin lorsque l'état psychique des personnes ne permet pas de recevoir leur consentement au soin (110). Le recours y est fait lorsqu'il existe un risque pour l'intégrité de la personne et nécessite une surveillance soignante rapprochée. Elle impose systématiquement une hospitalisation. Depuis 2011, l'obligation de soin peut se poursuivre par la suite en ambulatoire et le juge des libertés est impliqué dans la procédure lorsque l'hospitalisation sans consentement se prolonge au-delà de 15 jours. L'altération des capacités d'autodétermination reste partielle et il ne peut s'agir d'une perte d'*autonomie* globale. Ainsi l'intervention médicale dans ce contexte, qui oblige à un traitement, se doit de respecter les capacités qui ne sont pas altérées. La contrainte au soin ambulatoire est un outil essentiel à cette distinction, Par exemple elle permet de respecter l'autodétermination dans l'organisation du quotidien (respect du choix de l'alimentation, heure du réveil, de la toilette...) et le maintien de ce qui est essentiel au bien être de la personne, et de conjuguer l'obligation de prendre un traitement médicamenteux.

Enfin, une réflexion doit être menée sur l'environnement de vie en considérant l'isolement, l'aménagement matériel et les contraintes qu'il peut constituer. Nous avons proposé précédemment une réflexion sur la médicalisation du quotidien des personnes âgées. La prise en compte du bien-être et de l'esthétique propre est essentielle, quand bien même des compromis seraient à réaliser en cas de nécessité d'aides techniques ou d'institutionnalisation.

b) Bilan somatique préthérapeutique

Avant toute démarche thérapeutique il est nécessaire d'évaluer l'état de santé global pour identifier les facteurs favorisant ou aggravant la maladie dépressive (81). Nous avons évoqué la démarche gériatrique qui implique une multidisciplinarité permettant une appréhension holistique des personnes.

L'évaluation neurologique est indispensable bien que nous ayons décrit toute la difficulté de l'évaluation cognitive au cours d'un épisode thymique aigu. Les bilans neuropsychologiques ont plus de valeur à distance de la phase aiguë. S'ils sont effectués ils devront être répétés. Une atteinte infectieuse du système nerveux central doit toujours être recherchée.

Un bilan nutritionnel, de carences vitaminiques et de désordre électrolytique doit être réalisé. Ce bilan doit toujours être associé à une évaluation de l'état buccodentaire ainsi qu'aux modalités d'approvisionnement alimentaire et aux contraintes potentielles (courses, qualité des repas et goût des personnes en cas de portage de repas de l'extérieur).

Un dépistage des dysthyroïdies doit être réalisé.

Enfin si un traitement doit être instauré il est recommandé de vérifier la fonction rénale du fait de la diminution de la filtration glomérulaire fréquente avec l'âge. Bien qu'il n'y ait pas de modification due au vieillissement, un bilan hépatique est indiqué en raison du risque d'iatrogénie. En cas d'électroconvulsivothérapie une consultation d'anesthésie est réalisée comprenant une évaluation de la fonction rénale, ionogramme sanguin, numération formule sanguine, un électrocardiogramme, un électroencéphalogramme et un scanner cérébral.

D'autres bilans peuvent être nécessaires en fonction des points d'appel clinique ou des traitements nécessaires.

a) La douleur

L'évaluation des douleurs doit être systématique. Les traitements doivent être adaptés selon une balance bénéfice/risque. Il est nécessaire de simplifier au maximum les prescriptions sans que soient poursuivis les traitements inefficaces. Cette remarque semble naïve et évidente, mais pour nombre de consultants en psychiatrie, des listes de prescriptions sont maintenues sans aucune modification de la plainte douloureuse. Ceci témoigne de la difficile position du médecin somaticien face aux plaintes fonctionnelles et de la nécessaire collaboration pluridisciplinaire. La présentation de la plainte, que nous avons détaillée, implique toujours un risque de rejet par l'univers médical. Car elle condamne d'emblée l'efficacité du somaticien tout en obligeant la relation. Si régulièrement la volonté est de se défaire de ces patients, le travail interdisciplinaire des somaticiens et psychiatres est essentiel. En réalité il ne peut y avoir d'alternative puisque le corps, dans son expérience « pathique », c'est-à-dire à dire de souffrance, constitue la présence et l'être au monde de l'individu (111). L'écoute et la présence du somaticien est nécessaire, quand bien même (et surtout) s'il ne prescrit pas, garantissant la reconnaissance de l'expérience de douleur selon les représentations de médecine occidentale. Le psychiatre reconnaît l'éprouvé du corps, en permettant l'émergence d'une multiplicité des expériences, au-delà de la douleur.

Il est important d'être vigilant à l'examen psychopathologique dans la prescription des antidépresseurs indiqués pour le traitement de la douleur. En l'absence de dépression vraie ils peuvent être à l'origine de décompensations mixtes ou dysthymiques parfois non repérées, pouvant se solder par la répétition de crises suicidaires.

De même l'intervention par l'hypnose peut être à l'origine de réémergences psychotraumatiques.

2. Chimiothérapie

La polymédication est un phénomène répandu chez les personnes âgées. Ce phénomène est à risque d'interactions médicamenteuses et d'iatrogénie. La prescription des psychotropes a demandé une vigilance accrue depuis que des études ont montré qu'une personne âgée sur deux en consommait et que 20% utilisaient des benzodiazépines et des hypnotiques au long cours (112). L'étude de cohorte EVA, fondée sur les chiffres des trois régimes de l'assurance maladie, fait un état des lieux des prescriptions en 2007 de 97% de la population française de plus de 65 ans. 13% des plus de 65 ans et 18 % des plus de 85 ans ont consommé régulièrement des antidépresseurs ; 32% des plus de 65 et 40% des plus de 85 ans ont consommé des anxiolytiques ou hypnotiques. Dans ce contexte le collège professoral des gériatres français ont élaboré un outil d'aide à la prescription médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 80 ans (113). Toute prescription doit tenir compte des modifications de pharmacocinétique et pharmacodynamie liées au vieillissement et intégrer une réflexion sur la balance bénéfices/risques. Pour la première, les modifications tiennent autant à la polymédication qu'au vieillissement lui-même. L'attention se porte principalement sur la diminution de la filtration glomérulaire. Pour la seconde on décrit une plus grande fragilité du système homéostatique et une sensibilité accrue du système nerveux aux effets anticholinergiques.

a) Antidépresseurs

De manière contradictoire avec ce que nous avons évoqué ci-dessus le recours aux antidépresseurs est faible avec des sous-dosages fréquents (112). Tout traitement antidépresseur instauré doit l'être à bonne dose, avec un recul de 6 à 12 semaines avant de remettre en cause son efficacité. Le délai d'action est augmenté par rapport aux sujets plus jeunes, pour lesquels il est de 4 à 8 semaines. L'interrogatoire doit permettre de retrouver des

prescriptions antérieures ayant fait la preuve de leur efficacité ou au contraire ayant été à l'origine d'intolérances. Les antidépresseurs recommandés (112,114) de première intention sont les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (IRS) ou les inhibiteurs de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA). Ils ont un effet inhibiteur du cytochrome P450 à l'origine d'interactions médicamenteuses potentielles. La Fluoxétine et la Sertraline n'auraient pas d'effet de modification pharmacocinétique. Les tricycliques ont de plus rares indications en raison de leur effets secondaires et leurs interactions médicamenteuses. Ils sont indiqués en seconde intention ou en cas de signe de gravité. Les inhibiteurs réversibles et sélectifs de la monoamine oxydase A (RIMA) sont indiqués lorsqu'il existe une forte composante anxieuse ou une prédominance de l'apathie. Dans ce dernier cas de figure on cherche une stimulation dopaminergique qui peut également être restituée par l'Amisulpride à faible dose. En cas de troubles du sommeil associés, les antidépresseurs sédatifs comme la Mirtazapine ou la Miansérine sont efficaces à faible dose. Les études de la dépression post AVC, ont montré une meilleure efficacité de la Fluoxétine. En cas de syndrome délirant les antipsychotiques à faible dose peuvent montrer un intérêt.

b) Thymorégulateurs

Les thymorégulateurs ont leur place dans le traitement de la dépression dans le cadre de trouble bipolaire ou de dépression récurrente (112). La découverte tardive d'un trouble bipolaire peut se faire à l'occasion d'un virage de l'humeur sous traitement antidépresseur. Il est également important de surveiller l'installation d'un syndrome dysphorique avec irritabilité et idéation suicidaire qui se maintient après instauration d'un traitement antidépresseur. Le thymorégulateur de première intention reste le lithium (112) mais il nécessite que la fonction rénale soit conservée avec une clairance de la créatininémie supérieure à 60 ml/min. Par ailleurs son association avec les AINS, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II ou les diurétiques

est déconseillée. La Lamotrigine, qui présente une bonne tolérance notamment cognitive, est indiquée dans la prévention des récives dépressives en cas de contre indication du lithium ainsi que la Quétiapine.

c) **Anxiolytiques**

Bien que les indications en soient restreintes, la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques est, à tort, largement répandue chez les personnes âgées (112). Cet aspect renvoie à la difficulté diagnostique de la dépression chez les sujets âgés et le recours à des prescriptions symptomatiques comportementales. Elles sont limitées au traitement de courte durée des états anxieux ou troubles du sommeil transitoires, ne devant pas dépasser une durée de 4 semaines. Mais les effets indésirables sont nombreux. Concernant les benzodiazépines, elles diminuent les ressources cognitives et mnésiques, majorent le risque de chute et sont déprimeurs respiratoires. Elles induisent un phénomène de dépendance impliquant des risques de sevrage à l'arrêt nécessitant une diminution progressive. Un effet paradoxal peut se rencontrer à petite dose avec une désinhibition (115). Lorsqu'elles restent indiquées, il est nécessaire de privilégier les molécules à demi-vie courte et sans métabolite actif, comme l'Oxazépam, en réduisant les posologies. En effet leur demi-vie est spontanément allongée du fait de l'augmentation du volume de distribution et de la diminution de la filtration glomérulaire. Toute prescription de la classe doit faire partie d'un projet thérapeutique clair avec une planification de l'arrêt du traitement (116). Les antihistaminiques ont quant à eux des effets anticholinergiques.

L'essentiel de la problématique de la prescription des anxiolytiques est l'absence ou l'inadaptation des traitements de fond des syndromes anxieux ou dépressif.

3. Traitement physique à action centrale

Le recours aux pratiques « physiques » est souvent limité du fait d'un défaut d'accès aux dispositifs et d'informations sur leurs modalités (117). Nous entendons par traitement physique une intervention sur le système nerveux central en dehors de la pharmacologie. Nous en déclinons trois exemples : l'électroconvulsivothérapie (ECT), la stimulation magnétique transcranienne (TMS) et la luminothérapie.

L'ECT est indiquée dans la dépression des sujets âgés et notamment dans les formes sévères (118). La tolérance est souvent meilleure que les traitements médicamenteux et le délai d'action plus rapide. Elle montrerait une meilleure efficacité en cas de dépression vasculaire. Elle reste le traitement de référence en cas d'urgence (catatonie). Le principe est de provoquer une crise convulsive sous anesthésie générale brève avec curarisation. Le traitement nécessite un consentement écrit, en cas d'impossibilité une information éclairée est nécessaire et le consentement doit être recueilli auprès de la personne de confiance. En cas de mesure de protection de type tutelle, le consentement du tuteur est requis. Une dizaine de séances rapprochées constitue le traitement d'attaque. La surveillance de l'état thymique et cognitif est effectuée de manière régulière entre les séances. Un traitement d'entretien de prévention des récurrences est nécessaire soit par antidépresseur soit par séances ponctuelles régulières. Les contre indications sont celles de l'anesthésie et potentiellement les états somatiques instables. Les effets indésirables fréquents sont céphalées, états confusionnels post critiques et troubles cognitifs transitoires. Des troubles cardiovasculaires sont décrits et constituent la première cause de décès.

La TMS constitue une modalité de stimulation neuronale directe non invasive. De plus en plus de travaux argumentent son indication dans la dépression des sujets âgés (119). Il semblerait qu'elle ait un intérêt dans les dépressions résistantes et les dépressions vasculaires. Le

principe est de stimuler une région cérébrale définie par application d'un courant magnétique en haute ou basse fréquence (118). Dans la dépression les études rapportent le plus souvent une stimulation haute fréquence de la région corticale préfrontale dorsolatérale gauche. Le champ magnétique induit une dépolarisation neuronale, au même titre que l'ECT, avec une diffusion moins importante. Bien qu'aucun protocole formel ne soit défini, plusieurs séances d'attaques doivent être suivies de séances d'entretiens. Les contre-indications absolues sont les mêmes que celles de l'IRM à savoir les corps étrangers métalliques. Les contre-indications relatives sont l'épilepsie, antécédents d'encéphalopathie ou de traumatisme crânien. Les effets secondaires sont marqués par des céphalées et un risque de crises convulsives généralisées plus rares.

La lumbinothérapie est l'exposition à une lumière artificielle indiquée traditionnellement dans les dépressions saisonnières hivernales mais dont l'intérêt s'est étendu aux dépressions sans « saisonnalité » et les troubles du sommeil (120). Le principe est une exposition quotidienne, durant une à deux semaines, à une lumière blanche de large spectre dont l'intensité varie de 2500 à 10 000 lux. Il s'inscrit dans une théorie chronobiologique de sécrétion nocturne de mélatonine selon un circuit rétinohypothalamique. En fonction du profil de sommeil du patient, l'exposition doit se faire le matin, en cas de retard de phase, ou le soir, en cas d'avance de phase et de discontinuité du sommeil. La lumbinothérapie a prouvé son efficacité indépendamment des traitements pharmacologiques et est particulièrement intéressante chez les personnes âgées en raison de la bonne tolérance et de la rapidité d'action (de 4 à 15 jours). Si aucune contre-indication absolue n'existe, un avis ophtalmologique est recommandé en cas de pathologie évolutive.

4. Psychothérapies

Selon l'OMS la psychothérapie est le soin de première intention en cas d'épisode dépressif majeur léger. Son effet est considéré comme équivalent aux traitements pharmacologiques. En cas de recours à un traitement antidépresseur la psychothérapie améliore les résultats (121).

Un thème majeur apparaît ici : le sentiment d'inutilité. Deux remarques. Il s'agit d'une part au cours de la psychothérapie d'invalider l'aspect péjoratif de cette théorie dans la représentation que le sujet a de lui-même. D'autre part de permettre la reconnaissance de l'esthétique de cette inutilité qui correspond en réalité à un changement d'utilité comme peut l'être une œuvre d'art.

Aucun type de psychothérapie n'a montré une meilleure efficacité sur une autre (122). Les différents types de psychothérapies se sont largement développés ces dernières décennies. L'intérêt pour le traitement des personnes âgées est maintenant reconnu. Nous en décrirons trois familles : cognitivo-comportementale (TCC), brève-systémique et d'inspiration psychanalytique.

a) Cognitivo-comportementale

Le principe des TCC réside dans l'analyse de l'articulation des émotions, cognitions et comportements. Elles se fondent sur les théories de l'apprentissage de la psychologie clinique et le l'idée de conditionnement. Les comportements sont sous-tendus par la valeur attribuée à soi et à l'environnement selon des boucles stimulus-réponses basées sur la récompense ou le sentiment d'efficacité personnelle (123). Ces boucles, également appelés schémas, génèrent des pensées automatiques. L'hypothèse des troubles psychiques est l'inadaptation de ces schémas entretenant les symptômes. Il existe une correspondance entre les schémas inadaptés et les scores de dépression (124). Les interventions thérapeutiques consistent à identifier les

comportements problématiques et à élaborer des stratégies de remédiation afin de les éliminer. Elles proposent des approches pragmatiques, limitées dans le temps, stimulant la motivation au changement. Certains proposent des exercices spécifiques ou inspirés de la méditation (125), à réaliser en groupe ou individuellement (124). Dans cette perspective, la dépression s'associe à une triade cognitive décrite par Beck : vision négative de soi, du futur et de l'environnement. Nous avons évoqué la tolérance de la dépression chez les personnes âgées. Les croyances de changement impossible dû à l'âge et de banalisation de la souffrance sont des cognitions spécifiques de la dépression des sujets vieillissants. Elles apparaissent vers 60 ans. Les cognitions centrées sur la question de la dépendance sont également décrites. La crainte de la dépendance et le refus d'assistance, le sentiment de vulnérabilité et de perte d'individualité (sentiment de perdre le contrôle sur sa vie) sont des items de l'inventaire cognitif de la détresse subjective chez la personne âgée. Cet aspect rend compte d'une anticipation de l'identification aux normes de vieillissement. L'omniprésence des thèmes de dépendance et de perte d'autonomie dans l'appréhension du vieillissement, se retrouvent précisément dans les schémas cognitifs de la dépression des sujets vieillissants. Cet aspect étaye notre hypothèse de prophétie autoréalisante et suggère son paradoxe : favoriser une représentation du vieillissement en termes de perte et de dépendance, et considérer comme pathologique l'intégration de ces cognitions à une échelle individuelle.

b) Brève et systémique

Développée à partir de l'école de Palo Alto, fondée par Gregory Bateson avec les influences de Milton Erickson, ces thérapies se basent sur l'interaction de l'individu avec son entourage et consistent à mettre en place des stratégies de changement dans les relations interpersonnelles (126). L'action thérapeutique cible un problème défini en termes d'interactions. Dans une perspective constructiviste et selon une cybernétique relationnelle, elle se fonde sur un principe épicurien et stoïcien, selon lequel ce n'est pas le monde en soi

qui fait souffrir mais la vision que chacun en a. La réalité est une construction subjective. Chacun regarde le monde par « le trou d'une passoire ». L'objectif est de déconstruire les croyances que l'on a du monde à l'origine d'une souffrance pour en construire une autre moins douloureuse. Il s'avère que tout problème appelle une stratégie de résolution. Dans certaines situations ces stratégies entretiennent les problèmes. En thérapie systémique familiale le symptôme prend une fonction permettant de maintenir l'homéostasie du groupe. Il s'agit des paradoxes relationnels. En s'imprégnant de la réalité du patient, le thérapeute permet de faire l'expérience d'un changement, à travers les échanges, des « exercices » qui permettront des modifications durables du fonctionnement. Il peut emprunter des outils issus de l'hypnose Ericksonienne ou des TCC.

c) Psychanalytique

Nous avons déjà expliqué quelques aspects de la démarche psychanalytique dans les précédentes parties et la lecture de la place du corps dans cette perspective. Nous abordons ici les modalités psychothérapeutiques. Le principe psychodynamique psychanalytique est la mise en correspondance de deux sujets favorisant l'élaboration de conflits intrapsychiques à travers le processus du transfert et du contre transfert, c'est-à-dire les projections inconscientes du patient sur son thérapeute et celles du thérapeute sur le patient, à travers la libre association. La vieillesse a longtemps constitué une contre-indication à la cure analytique. Dedieu-Anglade rapporte trois réserves émises par Freud (127): le manque « d'élasticité » des processus mentaux, une « masse de matériel » trop importante et le risque d'une cure interminable, enfin le peu d'importance de la « santé nerveuse » dans le grand-âge. La multiplication des travaux de psychanalystes sur l'intérêt des psychothérapies dans le vieillissement remettent en cause ces principes. Au-delà de la cure type, de multiples adaptations du cadre de soin permettent un travail de manière individuelle, en famille ou en groupe. La redéfinition de la neutralité bienveillante avec la reconnaissance du corps, le

recours plus systématique au « face à face » plutôt qu'au divan, la limitation des silences par une plus grande intervention du thérapeute en sont des exemples (102).

Nous avons évoqué l'hypothèse d'une seconde position dépressive qu'implique la vieillesse. Il apparaît que le travail psychodynamique permet, quel que soit l'âge, une mobilisation libidinale. A travers la crise du vieillir, la négociation des pertes réelles ou fantasmées rend compte d'un nouvel enjeu œdipien. La mise en lien du vécu du sujet et de ses événements de vie permet de rétablir un sentiment continu d'existence, de mettre en scène les fantasmes et de sublimer les pulsions de destruction (128). L'enjeu de la transmission a une double fonction. D'une part, elle permet de penser une continuité soi malgré la disparition du corps. D'autre part, elle permet de donner corps à un sentiment d'utilité et donc de donner du sens à l'existence malgré les pertes. Le récit biographique dans la psychothérapie rend possible, en quelque sorte, cette transmission.

5. Psychomotricité

a) Principe

La psychomotricité (129) s'est constituée au milieu du XXème siècle autour du développement de l'enfant. La pratique se fonde sur une épistémologie psychanalytique de l'interaction physique et psychique entre le sujet et son environnement. Elle s'oppose classiquement au principe de rééducation segmentaire. Elle s'intéresse au nouage entre l'action et l'éprouvé. Ainsi la mobilisation du sujet dans sa globalité favorise les enjeux identificatoires relationnels. Le dialogue tonique entre le sujet et le psychomotricien permet d'inscrire la fonction instrumentale dans un champ symbolique. C'est l'expérience même de l'inscription des affects dans le soma. Deux postulats sous-tendent la discipline : la scène corporelle comme lieu de transit de la réalité psychique d'une part et la construction de la réalité psychique à partir de l'expérience corporelle d'autre part. L'identité se constitue comme image de soi, conjonction entre *le schéma corporel* issu du corps réel et *l'image du corps* issu de la représentation d'un corps. L'espace de travail psychomoteur apparaît comme un espace transitionnel au sens winnicottien. Le toucher devient étayage organisant, supportant l'expression pulsionnelle. La conscience du corps dans le mouvement permet la prise de conscience du sentiment d'existence (129).

b) Travail avec les personnes vieillissantes déprimées

Plus récemment, la psychomotricité a été investie dans les soins des adultes. En gériatrie, la première échelle d'évaluation psychomotrice validée en français est parue en 2011 : l'échelle gériatrique psychomotrice (EGP). Elle est constituée de 17 items, explorant quatre champs : les coordinations, la motricité fine, les compétences cognitives, les organes sensoriels. Nous avons décrit certaines modifications corporelles dans le vieillissement. Les psychomotriciens décrivent quatre modifications psychomotrices (130) :

- La régulation du tonus avec une augmentation du tonus de fond correspondant au tonus de base en dehors de toute activité ; une modification du tonus postural correspondant à la position au cours des équilibres statiques et constituant l'ajustement tonique relationnel ; le tonus d'action caractérisé par une diminution de la force musculaire.
- Le schéma corporel se transforme sous l'influence de la sensibilité extéroceptive et proprioceptive et modifie la coordination et les interactions.
- L'image du corps se modifie par le vécu de perte. Cette composante est précisément altérée dans ce que nous avons appelé *la trahison du corps*.
- L'espace et le temps qui se transforment selon l'aménagement du quotidien et d'éventuelles restrictions de capacité physique.

Ces modifications exploitent les ressources adaptatives des sujets vieillissants. Dans le processus dépressif on note une rigidification psychique et un tarissement des possibilités adaptatives. Dans ce contexte, le corps est désinvesti. La dévalorisation devient le cœur de l'expérience éprouvée. Parallèlement et de manière contradictoire les zones douloureuses peuvent être surinvesties. Le psychomotricien a dès lors une fonction d'étayage qui repose sur sa disponibilité psychocorporelle. Il s'agit de permettre la réception et l'échange autour de l'expérience du sujet. Ce mécanisme est à la base d'une réappropriation corporelle. Trois structures peuvent être exploitées : l'os, les muscles et la peau.

- Le squelette et les articulations constituent l'armature du corps. Elle peut être sollicitée par les vibrations, les mobilisations, les pressions permettant de favoriser le ressenti d'une solidité interne, des appuis permettant de décharger le seul système musculaire qui n'est plus seul garant de l'équilibre et de l'organisation corporelle.

- Le système musculaire permet d'appréhender la posture et le mouvement. L'hypertonie, décrite comme « carapace », empêche une coordination harmonieuse. Le profil postural est considéré comme un schème posturomoteur qui peut prendre un sens particulier selon l'histoire de chacun. La prise de conscience de cette attitude est une modalité thérapeutique.
- La peau représente la frontière du corps, zone de contact. Son exploration peut favoriser la réintégration de l'idée de limite de soi et de l'identité. La stimulation multisensorielle permet le recrutement cognitif.

Aucun travail spécifique n'existe sur la dépression des personnes âgées en dehors des questions des pathologies démentielles. Or nous cherchions à nous intéresser au travail de psychomotricité dans la problématique du vieillissement en dehors du handicap. Des échanges interdisciplinaires avec deux psychomotriciennes, l'une travaillant dans un centre médico psychologique en psychiatrie adulte et l'autre en maison de retraite, nous ont permis de comprendre que le travail de cette discipline ne se fait pas à partir d'un groupe diagnostique mais à partir de fonctions psychomotrices singulières. En plus de suivis individuels, elles co-animent un groupe de psychomotricité dont les participants sont issus à la fois de suivis ambulatoires du CMP et à la fois des résidents de la maison de retraite. Trois thématiques ont émergé de nos échanges sur leur pratique auprès des personnes vieillissantes déprimées :

- La dévalorisation des capacités corporelles et la crainte de la perte de ces capacités. Ce mécanisme intervient comme une anticipation d'un dysfonctionnement qui impacte le fonctionnement réel.
- Le constat d'une perte de l'intérêt et de l'investissement du plaisir corporel. Le plaisir physique apparaît comme une tâche aveugle sur le schéma corporel et l'image du

corps. En revanche les zones douloureuses envahissent ces espaces. Ainsi l'identité est confondue avec déplaisir et douleur.

- L'utilisation du mouvement comme outil thérapeutique privilégié. Quand bien même l'effet de relaxation est recherché il se fera sous forme active plutôt que passive. Il permet d'une part de valoriser la performance suscitant l'estime propre. Par ailleurs il permet de réinvestir et d'expérimenter le schéma corporel et redéfinir l'image corporelle.

L'anticipation du dysfonctionnement du corps et son retentissement sur les capacités effectives, fait écho à notre idée de prophétie autoréalisante de la perte. Le corps est ici mis au défi et la moindre défaillance, considérée comme une trahison, cristallise la problématique et entretient l'incarnation dépressive. L'idée de perte prenant tout le champ, ce qui pourrait être considéré comme reste d'un « encore valide » est d'emblée discrédité. Seule la douleur morale résonne avec la sensation physique. Cette anesthésie élective au plaisir est précisément un espace de travail pour le psychomotricien. Ressentir son corps non plus à travers ce qui fait défaut mais à partir de ce qui est, devient l'enjeu du rétablissement. Une phrase semble revenir depuis les patients « je ne pensais pas que je pourrais... ». Le contact et l'échange physique entre deux corps permet de réinvestir la performance, non pas au sens quantitatif mais bien au sens qualitatif, de l'être et de l'identité. La position active qui est recherchée mobilise d'autant plus le principe de source de plaisir autonome, autodéterminée, et non pas indépendante, qui n'aurait besoin de personne d'autre. Il s'agit bien là d'une performance, que nous avons décrite au sens qualitatif. La séance de psychomotricité constitue une possibilité de *faire*, de se voir faire et d'être vu en train de faire. C'est une sorte de retour d'exil, auquel la vieillesse est souvent assimilée, où l'on retrouve le plaisir et la familiarité de gestes banals du quotidien.

Conclusion

Nous avons mené ici un travail portant sur *le corps dans la dépression des sujets vieillissants*.

La première partie a permis une analyse historique de la genèse des représentations des corps vieillissants. Selon un principe multidisciplinaire nous avons exploré l'histoire de la définition démographique de la classe d'âge, l'histoire des modifications de la corporéité et du bouleversement du rapport à soi et au monde de l'homme, l'histoire politique des gestions de santé publique.

La seconde partie a permis de faire un état des lieux du savoir médical psychiatrique sur la dépression des sujets vieillissants. Nous avons exploré plusieurs perspectives : neuroscientifique, psychanalytique et psychosociale, dans une vision kaléidoscopique qu'impliquent à la fois notre discipline et la complexité de la clinique dépressive.

Nous avons fait une place centrale au principe d'autonomie et la remise en cause des a priori sur la perte et la dépendance. La démographie a pris la fonction d'outil technique au service d'une administration étatique de contrôle, de mesure et d'optimisation des ressources dans un contexte capitaliste naissant. L'individualisation de la classe d'âge, dans ce contexte, en a fait progressivement le symbole de l'échec de l'idée de projet et de modernité. Le terme de « vieillissement de population » illustre cet aspect. L'articulation de l'individualisation des corps à une conception de la performance comme orientation des valeurs sociales sur cette culture du projet, rend caduque la tentative de valorisation de la vieillesse. Ainsi nous avons décrit l'expérience de la perte dans la dépression des sujets vieillissants. L'effondrement thymique semble intervenir lorsqu'il n'y a aucune contrepartie à cette perte. Or le travail de deuil que nécessite le dépassement de cette position dépressive se complique dès lors que cette contrepartie est difficilement reconnue socialement. L'institutionnalisation de la vieillesse sous le signe de la dépendance laisse peu de place aux problématiques de

vieillesse en dehors de cette question.

Cette dimension implique une difficulté dans le repérage du trouble dépressif dans la population vieillissante. Il existe une banalisation partagée de la souffrance de ces pertes et un défaut diagnostique. Dans la démarche thérapeutique nous avons mis en évidence un défaut de recours aux traitements spécifiques (antidépresseur, ECT, TMS, lumbinothérapie) et une surconsommation de traitements symptomatiques et des troubles comportementaux.

De récentes recommandations et échelles d'évaluation permettent une appréhension spécifique du trouble. Deux masques cliniques sont décrits. Nous avons expliqué les enjeux neurophysiologiques impliqués dans la dépression. L'aspect cognitif de l'expression clinique constitue un premier masque de la pathologie. L'intrication entre dépression et démence est une question largement débattue et encore en exploration. Des facteurs de risques et de mécanismes physiopathologiques sont identifiés comme communs.

La douleur et la plainte du corps constituent un deuxième masque clinique. Le corps cristallise l'identité qui se confond avec l'idée d'un dysfonctionnement. Ce dysfonctionnement est le lieu d'une crise profonde, d'une redéfinition de l'être au monde selon des repères d'utilité autre que l'habitude du corps avait jusque-là. L'enjeu est le dépassement du bouleversement environnemental et la réincorporation des qualités propres de l'individu, que nous avons illustré par l'idée de *trahison du corps*. Les psychothérapies et la psychomotricité ont ici toute leur place en ce qu'elles permettent de restituer la fonctionnalité de ces corps propres selon le principe d'enaction, signifié par l'action, conjointe de la pensée, comme phénomène unique.

Finalement l'enjeu du soin de la dépression des sujets vieillissants est une démarche paradoxale dans son acception première. Il implique de se soustraire au sens commun (de la *doxa*) d'une vieillesse désenchantée, autorisant l'espoir d'un vécu de bien-être.

Annexes

Annexe 1 - Echelle de dépression gériatrique 30 items.

GDS 30 items

Instructions : Encerclez la réponse exprimant le mieux comment vous vous sentiez au cours de la semaine passée.

1. Etes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez ? oui non
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. Etes-vous optimiste quand vous pensez à l'avenir ? oui non
6. Etes-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 ? oui non
8. Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave ? oui non
9. Etes-vous heureux/heureuse la plupart du temps ? oui non
10. Eprenevez-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. Etes-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 ? oui non
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 ? oui non
20. Avez-vous de la difficulté à entreprendre de nouveaux projets ? oui non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ? oui non
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. Etes-vous heureux/heureuse de vous lever le matin ? oui non
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ? oui non
29. Prenez-vous facilement des décisions ? oui non
30. Vos pensées sont-elles aussi claires que par le passé ? oui non

Score : /30

Compter 1 si la réponse est non aux questions 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 et oui aux autres.

Annexe 2 - Echelle de dépression gériatrique 15 items.

GDS 15 items

1. Etes-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. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ? oui non
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ? oui non
7. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ? oui non
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 ? oui non
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ? oui non
13. Avez-vous beaucoup d'énergie ? oui non
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ? oui non
15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre ? oui non

Score : /15

Compter 1 si la réponse est non aux questions : 1, 5, 7, 11, 13, et oui aux autres.

Annexe 3 – Mini échelle de dépression gériatrique 4 items

GDS 4 items

- Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? oui non
- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? oui non
- Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ? oui non
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? oui non
-

Cotation

- A la question : oui = 1, non = 0
- A la question : oui = 1, non = 0
- A la question : oui = 0, non = 1
- A la question : oui = 1, non = 0

Annexe 4 - Echelle d'évaluation de la dépression de P. Pichot QD2A

Répondez par vrai ou faux :

En ce moment, ma vie me semble vide.

J'ai du mal à me débarrasser de mauvaises pensées qui me passent par la tête.

Je suis sans énergie.

Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose à faire.

Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même.

Je suis obligé(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit.

J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire.

En ce moment, je suis triste.

J'ai l'esprit moins clair que d'habitude.

J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent.

Ma mémoire me semble moins bonne que d'habitude.

Je suis sans espoir pour l'avenir.

En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens.

Annexe 5 - Echelle de Cornell

Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :

a = impossible à évaluer - 0 = absent - 1 = modéré ou intermittent - 2 = sévère.

A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR

1. Anxiété, expression anxieuse, ruminations, soucis a 0 1 2
2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement a 0 1 2
3. Absence de réaction aux évènements agréables a 0 1 2
4. Irritabilité, facilement contrarie, humeur changeante a 0 1 2

B. TROUBLES DU COMPORTEMENT

5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux a 0 1 2
6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions a 0 1 2
7. Nombreuses plaintes somatiques (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs) a 0 1 2
8. Perte d'intérêt, moins implique dans les activités habituelles (coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois) a 0 1 2

C. SYMPTÔMES SOMATIQUES

9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude a 0 1 2
10. Perte de poids, (coter 2 si elle est supérieure a 2,5 kg en 1 mois) a 0 1 2
11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si le changement est survenu brusquement, c'est-à-dire il y a moins d'un mois) a 0 1 2

D. FONCTIONS CYCLIQUES

12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin a 0 1 2
13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude a 0 1 2
14. Réveils nocturnes fréquents a 0 1 2
15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude a 0 1 2

E. TROUBLES IDÉATOIRES

16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir a 0 1 2
17. Autodépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi, sentiment d'échec a 0 1 2
18. Pessimisme, anticipation du pire a 0 1 2
19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte a 0 1 2

TOTAL : / 38 Nombre de a :

Annexe 6 - Echelle NPI. Item : dépression/dysphorie

« *Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ?* »

NON : Passez a la case suivante

OUI : Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente pleure facilement ou sanglote, ce qui semblerait indiquer qu'il/elle est triste ? oui non

Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est triste ou qu'il/elle n'a pas le moral ? oui non

Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) rate(e) ? oui non

Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ? oui non

Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ? oui non

Le patient/la patiente dit-il/elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ? oui non

Le patient/la patiente exprime t-il/elle son désir mourir ou parle t-il/elle de se suicider ? oui non

Le patient/la patiente montre t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ? oui non

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif.

FRÉQUENCE

« **Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes).**

Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelques fois : moins d'une fois par semaine **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps **4**

GRAVITÉ

« **Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements**

sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est ... »

Léger : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. **1**

Moyen : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes dépressifs sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager. **2**

Important : l'état dépressif est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente. **3**

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Légèrement 2 Sévèrement 4

Minimum 1 Modérément 3 Très sévèrement, extrêmement 5

Bibliographie

1. Devereux G, Bastide R, Gobard H, Jolas T. Essais d'ethnopsychiatrie générale. [Paris]: Gallimard; 1983.
2. Merton RK, Mendras H. Eléments de théorie et de méthode sociologique. Paris: A. Colin; 1997.
3. Le Bras H. Naissance de la mortalité: l'origine politique de la statistique et de la démographie. Paris: Gallimard : Seuil; 2000. 371 p.
4. Arendt H. Condition de l'homme moderne. Paris: Presses pocket; 2002.
5. Anzieu D. Le Moi-peau. [Paris]: Dunod; 1995.
6. Lasch C. La culture du narcissisme: la vie américaine à un âge de déclin des espérances. Castelnau-le-Lez [France]: Climats; 2000.
7. Vigarello G, Courtine J-J, Corbin A. Histoire du corps. Paris: Éditions du Seuil; 2005.
8. Trincaz J. Les fondements imaginaires de la vieillesse dans la pensée occidentale. L'Homme. 1998;38(147):167–89.
9. Minois G. Histoire de la vieillesse en Occident: de l'Antiquité à la Renaissance. Paris: Fayard; 1987. 442 p.
10. Bourdelais P. Le nouvel âge de la vieillesse: histoire du vieillissement de la population. Paris: O. Jacob; 1993. 441 p.
11. Mauss M, Mauss M, Mauss M, Mauss M. Les techniques du corps [Internet]. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2002 [cited 2013 Nov 17]. Available from: http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/6_Techniques_corps/Techniques_corps.html
12. Roy P, Vigarello G. chapitre 7 Corps, santé et maladies. Histoire du corps. Paris: Éditions du Seuil; 2005.
13. Vigarello G. Chapitre 4 S'exercer, jouer. Histoire du corps. Paris: Éditions du Seuil; 2005.
14. Mandressi R. Chapitre 6 Dissections et anatomie. Histoire du corps. Paris: Éditions du Seuil; 2005.
15. Corbin A. Histoire du corps. De la Révolution à la Grande Guerre. Paris: Éd. du Seuil; 2005.
16. Moulin A-M. Partie I Chapitre 1 Le corps face à la médecine. Histoire du corps De la Révolution à la Grande Guerre. Paris: Éd. du Seuil; 2005.
17. Vigarello G. Partie III Chapitre 2 Hygiène du corps et travail des apparences. Histoire du corps De la Révolution à la Grande Guerre. Paris: Éd. du Seuil; 2005.
18. Vigarello G. La silhouette: du XVIIIe siècle à nos jours: Naissance d'un défi. Paris: Seuil; 2012. 157 p.
19. Mewes WH. Portrait de Johann Caspar Lavater (1741-1801). www.bassenge.com;

20. Courtine J-J. Histoire du corps. Les mutations du regard. Le XXeme siècle. Paris: Seuil; 2005. 3 p.
21. Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. [Paris]: Gallimard; 1976.
22. Bowlby J. Attachment. London: Pimlico; 1997.
23. Gauchet M, Quentel, Jean-Claude. Histoire du sujet et théorie de la personne la rencontre Marcel Gauchet-Jean Gagnepain. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2009.
24. Vernant JP. L'Individu, la mort, l'amour: soi-même et l'autre en Grèce ancienne. [Paris]: Gallimard; 1996.
25. Foucault M. Histoire de la sexualité. 3, 3,. Paris: Gallimard; 1997.
26. Descartes R, Renault L. Discours de la méthode. Paris: GF Flammarion; 2000.
27. Descartes. Méditations métaphysiques. Paris: Flammarion; 2009.
28. Leibniz GW, Fichant M. Discours de métaphysique ; (suivi de) Monadologie: et autres textes. Paris: Gallimard; 2004.
29. Nietzsche F, Haar, Michel, Buhot de Launay, Marc, Astor D, Montazami M. Vérité et mensonge au sens extra-moral. Paris: Gallimard; 2009.
30. Lipovetsky G. L'ère du vide. Paris: Gallimard; 1991.
31. Gauchet M. Le désenchantement du monde: une histoire politique de la religion. [Paris]: Gallimard; 2005.
32. Vigarello G. Partie III Chapitre 3 Le corps travaillé. Gymnastes et sportifs au XIXe siècle. Histoire du corps De la Révolution à la Grande Guerre. Paris: Éd. du Seuil; 2005.
33. Vigarello G. Partie II Chapitre 3 S'entraîner. Histoire du corps Les mutations du regard Le XXeme siècle. Paris: Seuil; 2005.
34. Le Breton D. Anthropologie du corps et modernité. Paris: Presses universitaires de France; 2010.
35. Le Breton D. La disparition programmée du corps. Anthropologie du corps et modernité. Paris: Presses universitaires de France; 2010.
36. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française H, Sichel JP. L'assistance psychiatrique aux personnes âgées en France: rapport d'assistance. Paris: Masson; 1986.
37. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. [Paris]: Gallimard; 1999.
38. Pr Moulias R. Naissance et histoire de la gériatrie et de la gérontologie. Livre blanc de la gériatrie. Paris: Sepeg international; 2004.
39. Amyot J-J, Marécaux Y. Développer la coordination gérontologique stratégies [sic], dispositifs et pratiques. Paris: Dunod; 2006.
40. loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allos.

41. <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/les-centres-l>.
42. Broussy L. L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : FRANCE : ANNEE ZERO ! 2013 Jan.
43. CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/DGOS/2012/06 du 10 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan.
44. Aquino J-P. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. mission interministérielle; 2013 Février.
45. www.designforall.org.
46. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003 Jun;160(6):1147–56.
47. Schuster J-P, Manetti A, Aeschmann M, Limosin F. Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associée. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2013 Jun 1;11(2):181–5.
48. Braam AW, Copeland JRM, Delespaul PAEG, Beekman ATF, Como A, Dewey M, et al. Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: Results from the EURODEP concerted action. *J Affect Disord*. 2014 Feb;155:266–72.
49. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. *L'Encéphale*. 2010;36(3, Supplément 1):59–64.
50. Achterberg W, Pot A, Kerkstra A, Ribbe M. Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;(21):1156–62.
51. Barca M, Engedal K, Laks J, Slbaek G. A 12 month follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *J Affect Disord*. 2010;(120):141–8.
52. Kuhnel M-L, Iraki IE, Tranchant M, Aspe G. Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche gérontopsychiatrique. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2010 Jun;10(57):111–5.
53. Aouba A, Péquinot F, Camelin F, Laurent L, Jouglu F. La mortalité par suicide en France en 2006. *Etudes et résultats*. 2009;(702):1–8.
54. LOO H, GALLARDA T, FABRE I, OLIE J-P, KUSS R, GIROUD J-P, et al. Dépression et vieillissement. Discussion. *Bull Acad Natl Med*. 2004;188(6):999–1010.
55. THOMAS P, HAZIF-THOMAS C. Particularités médicosociales de la dépression du sujet âgé : le point en 2008. *NPG Neurol Psychiatr Geriatr*. 2008 Dec;(48):27–33.
56. Lôi HY, Gallarda T. Troubles dépressifs et personnes âgées. Paris: J. Libbey Eurotext; 2000.
57. Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. "Justifiable depression": how primary care professionals and patients view late-life depression? a qualitative study. *Fam Pract*. 2006 Jun 1;23(3):369–77.

58. Gallarda T, L o H. D epression et personnes  g es. *L'Encéphale*. 2009 Jun;35(3):269–80.
59. Hanon C, Camus V. Formation à la psychiatrie du sujet  g  : quels enjeux ? *Inf Psychiatr*. 2010 Jan 1;Volume 86(1):15–20.
60. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
61. Organization WH. CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche / traduction de l'anglais coordonnée par C. B. Pull [Internet]. 1994 [cited 2014 Jan 22]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40538?locale=fr>
62. Schmitt A, R vah-Lévy, Anne, Université de Franche-Comté, Faculté de médecine et de pharmacie. *L'expérience dépressive à l'adolescence entre clinique et recherche qualitative*. [[S.l.]]: [s.n.]; 2011.
63. Hamilton M. Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. *Br J Soc Clin Psychol*. 1967;6(4):278–96.
64. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979 Apr 1;134(4):382–9.
65. Hawley CJ, Gale TM, Sivakumaran T. Defining remission by cut off score on the MADRS: selecting the optimal value. *J Affect Disord*. 2002 Nov;72(2):177–84.
66. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun;4:561–71.
67. Atger F, Frasson G, Loas G, Guibourg  S, Corcos M, Perez Diaz F, et al. [Validation study of the Depressive Experience Questionnaire]. *L'Encéphale*. 2003 Oct;29(5):445–55.
68. Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press; 1980. 456 p.
69. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jan;62(1):66–72.
70. Geiselmann B, Bauer M. Subthreshold depression in the elderly: qualitative or quantitative distinction? *Compr Psychiatry*. 2000 Apr;41(2 Suppl 1):32–8.
71. Yesavage J, al. Geriatric depression screeningscale. *J Psych Res*. 1983;(17):37–49.
72. Bourque, Blanchart L. Echelle de dépression gériatrique. *Rev Can Vieil*. 1990;(9):348–55.
73. Lacoste L, Trivalle C. Echelles d'évaluation de la dépression en consultation gérontologique. *Neurol Psychiatr Gériatrie*. 2005 avril;(5):44–51.
74. Camus V, Schmit L, Ousset PJ, Micas M. Dépression et démence : contribution à la validation française de deux échelles de dépression : Cornell Scale for Depression in Dementia et Dementia mood assessment scale. *L' Encéphale* [Internet]. Elsevier Masson; [cited 2013 Dec 9]. p. 201–8. Available from: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=3567198>

75. Saulnier I, Beaumatin B, Dantoine T. Chapitre 4 Modification neurophysiologiques avec l'âge. Psychiatrie de la personne âgée. Paris: Médecine-sciences Flammarion-[Lavoisier]; 2009.
76. Terro F, Yardin C, Boncoeur-Martel M, Valleix D, CLEMENT JP. Chapitre 5 changement structuraux dans le cerveau vieillissant. Psychiatrie de la personne âgée. Paris: Médecine-sciences Flammarion-[Lavoisier]; 2009.
77. Moroni C, Gély-Nargeot Mc. Chapitre 7 modifications cognitives liées à l'âge. Psychiatrie de la personne âgée. Paris: Médecine-sciences Flammarion-[Lavoisier]; 2009.
78. Bewernick BH, Schlaepfer TE. Chronic depression as a model disease for cerebral aging. Dialogues Clin Neurosci. 2013 Mar;15(1):77–85.
79. Martinot J-L. Chapitre 10.3 Imagerie cérébrale et maladie mentale. Exemple des troubles de l'humeur et de la schizophrénie. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
80. Allilaire J-F. Chapitre 13 Troubles de l'humeur. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
81. CLEMENT JP, NUBUKPO P, BONIN-GUILLAUME S. Chapitre 14 Pathologie dépressive. Psychiatrie de la personne âgée. Paris: Médecine-sciences Flammarion-[Lavoisier]; 2009.
82. HAZIF-THOMAS C, Reber G, Bonvalot T, THOMAS P. Syndrome dysexécutif et dépression tardive. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2005 Sep;163(7):569–76.
83. Taylor WD, Steffens DC, McQuoid DR, Payne ME, Lee S-H, Lai T-J, et al. Smaller orbital frontal cortex volumes associated with functional disability in depressed elders. Biol Psychiatry. 2003 Jan 15;53(2):144–9.
84. Hommet C, Mondon K, Berrut G, Constans T. L'altération des fonctions exécutives est-elle un facteur de fragilité chez le sujet âgé ? Ann Gérontologie. 2010 Sep 1;3(3):175–80.
85. Modrego PJ. Depression in Patients With Mild Cognitive Impairment Increases the Risk of Developing Dementia of Alzheimer Type>>A Prospective Cohort Study>> Arch Neurol. 2004 Aug 1;61(8):1290.
86. BONIN-GUILLAUME S. Maladie de Parkinson du sujet âgé : dépression et apathie. Rev Geriatr. 2009 Jan;34(1):A23–A25.
87. HAZIF-THOMAS C, THOMAS P. Démotivation du sujet âgé, dépression conative et renoncement au plaisir. Deuil Gd Âge Peut- Apprendre À Vieil. 2009;(135):57–76.
88. Blackburn-Munro G, Blackburn-Munro RE. Chronic Pain, Chronic Stress and Depression: Coincidence or Consequence? J Neuroendocrinol. 2001;13(12):1009–23.
89. Benoliel JJ. O4 - Implication des systèmes peptidergiques dans les relations entre douleur et anxiété / dépression. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 2005 Nov;6, Supplement 1:12–4.
90. O'Reilly A. La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : une revue de travaux. J Thérapie Comport Cogn. 2011 Nov;21(4):126–31.
91. Ben-Tovim DI, Schwartz MS. Hypoalgesia in depressive illness. Br J Psychiatry. 1981 Jan

- 1;138(1):37–9.
92. Lautenbacher S, Krieg J-C. Pain perception in psychiatric disorders: A review of the literature. *J Psychiatr Res.* 1994 Mar;28(2):109–22.
 93. Pelissolo A. Douleurs corporelles dans la dépression : prévalence et importance clinique. *Presse Médicale.* 2009 Mar;38(3):385–91.
 94. Nasio J-D. La douleur physique: une théorie psychanalytique de la douleur corporelle. Paris: Payot & Rivages; 2006.
 95. Marty P. La psychosomatique de l'adulte. Paris: Presses universitaires de France; 2004.
 96. Hazif-Thomas C, Thomas P. L'hypocondrie chez la personne âgée. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 2011 Feb;11(61):4–12.
 97. Abella A, Garcia A. [The practitioner defeated? Present-day outlook on hypochondria]. *Rev Médicale Suisse.* 2007 Sep 12;3(124):2046–8, 2050–1.
 98. Bondil P. Vieillesse sexuelle : mythes et réalités biologiques. *Sexologies.* 2008 Jul;17(3):152–73.
 99. Morin E. Pour une crisologie. *Communications.* 1976;25(1):149–63.
 100. Charazac P-M. Chapitre 9 Aspects psychodynamiques du vieillissement et de la vieillesse. *Psychiatrie de la personne âgée.* Paris: Médecine-sciences Flammarion-[Lavoisier]; 2009.
 101. Le Gouès G. Le stade des rides. *Rev Fr Psychanal.* 2005 Oct 1;Vol. 69(4):1043–60.
 102. Charazac P-M. Les dynamiques psychiques de la dépression du sujet âgé. *Soins Gériatrie.* (91):17–22.
 103. Clayton AH, Ninan PT. Depression or Menopause? Presentation and Management of Major Depressive Disorder in Perimenopausal and Postmenopausal Women. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* [Internet]. 2010 [cited 2013 Dec 22];12(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882813/>
 104. Chen C-Y, Lee C-P, Chen Y, Jiang J-R, Chu C-L, Chen C-L. The correlation between emotional distress and aging males' symptoms at a psychiatric outpatient clinic: sexual dysfunction as a distinguishing characteristic between andropause and anxiety/depression in aging men. *Clin Interv Aging.* 2013;8:635–40.
 105. Caron R. Comprendre la personne âgée. Levallois-Perret: Gaëtan Morin; 2000.
 106. Greacen T, Jouët E. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: rétablissement, inclusion sociale, empowerment. Toulouse: Érès éd.; 2012.
 107. Raue Patrick J, Weinberger Mark I, Sirey Jo A, Meyers Barnett S, Bruce Martha L. Preferences for depression treatment among elderly home health care patients. [References]. 2011;62.
 108. Ramonet M, Roelandt J-L. Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2013 Sep;171(8):524–30.
 109. Klug G, Hermann G, Fuchs-Nieder B, Panzer M, Haider-Stipacek A, Zapotoczky H, et al.

- Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. 2010;197.
110. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juillet, 2011.
 111. Vannotti M, Gennart M. L'expérience « pathique » de la douleur chronique : une approche phénoménologique. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2006 Jul 1;n°36(1):13–31.
 112. Vandell P, Lacomblez L. Chapitre 11 Psychopharmacologie. *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Médecine-sciences Flammarion-[Lavoisier]; 2009.
 113. Passadori Y, Hervy M-P, Gervais X, Verny C, Legrain S, Jeandel C. La démarche qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles: un outil pour une meilleure prescription des médicaments chez la personne âgée. *Cah Année Gérontologique*. 2010 Dec 1;2(4):589–601.
 114. BONIN-GUILLAUME S, BLIN O. Thérapeutiques biologiques de la dépression du sujet âgé. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2004 Sep;2:61–8.
 115. Bourin M. Les problèmes posés par l'utilisation des benzodiazépines chez le patient âgé. *L'Encéphale*. 2010 Sep;36(4):340–7.
 116. HAS. Amélioration de la prescription chez le sujet âgé: les indicateurs d'alerte et de maîtrise de la iatrogénie. 2011.
 117. Leonart S, Pascal J, David J-P. Evaluation de la pratique de l'électroconvulsivothérapie dans une population de gériatres français. *Rev Gériatrie*. 36(1-2):19–27.
 118. FABRE I, Malauzat D, Glénisson L, Clément J-P. Chapitre 45 Electroconvulsivothérapie et stimulation magnétique transcrânienne. *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Médecine-sciences Flammarion-[Lavoisier]; 2009.
 119. Jalenques I, Legrand G, Vaillat-Perret E, Tourtauchaux R, Galland F. Efficacité et tolérance de la stimulation magnétique transcrânienne (SMTr) dans le traitement des dépressions chez le sujet âgé : revue de la littérature. *L'Encéphale*. 2010 Jun;36, Supplement 2:D105–D118.
 120. Charles E, Glénisson L. Chapitre 47 Luminothérapie. *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Médecine-sciences Flammarion-[Lavoisier]; 2009.
 121. OMS | Chapitre 3: Résolution des problèmes de santé mentale [Internet]. WHO. [cited 2014 Jan 22]. Available from: <http://www.who.int/whr/2001/chapter3/fr/index2.html>
 122. CUIJPERS P, VAN STRATEN A, SMIT F. Psychological treatment of late-life depression : a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Geriatr PSYCHIATRY*. 2006 Dec;21(12):1139–49.
 123. Clément J-P, Arthus M, Vallejo J-L, Herrmann C, Charazac P. Chapitre 39 Psychothérapie de la personne âgée. *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Médecine-sciences Flammarion-[Lavoisier]; 2009.
 124. Kindynis S, Burlacu S, Louville P, Limosin F. Thérapie des schémas du sujet âgé : impact sur la dépression, l'anxiété et les schémas cognitifs typiques. *L'Encéphale [Internet]*. [cited 2013 Jul 10]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700613000869>

125. Smith A, Graham L, Senthinathan S. Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: a qualitative study. *Aging Ment Health*. 2007 May;11(3):346–57.
126. Doutrelugne Y, Cottencin O. *Thérapies brèves principes et outils pratiques* [Internet]. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Masson; 2008 [cited 2014 Jan 22]. Available from: <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=sciencedir&ezurl=http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294090035>
127. Dedieu-Anglade G. Psychothérapie au cours du troisième âge. Aperçu des problèmes théoriques et techniques. *Confront Psychiatr*. 1970;(5):181–8.
128. Bergeret-Amselek C. *La vie à l'épreuve du temps*. Paris: Desclée de Brouwer; 2009.
129. Potel C. *Psychomotricité entre théorie et pratique*. Paris: In press; 2010.
130. Fazilleau R. *Personnes âgées et psychomotricité. Investir son corps pour une meilleure adaptation psychocorporelle*. Institut de formation des psychomotricien R. Leclercq, Lille.; 2013.

AUTEUR : Nom : LABEY

Prénom : MATHILDE

Date de Soutenance : 21 février 2014

Titre de la Thèse :

Le corps dans la dépression des sujets vieillissants, détours anthropologiques et mises au point psychiatrique.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES PSYCHIATRIE

Mots-clés : dépression, vieillissement, corps, anthropologie.

Résumé :

La dépression des sujets âgés est un problème majeur de santé publique. Elle pose des difficultés diagnostiques et thérapeutiques spécifiques. Le corps y joue un rôle central. Nous replaçons ce trouble dans un décor anthropologique, à savoir l'histoire contemporaine des représentations du corps vieillissant. Les bouleversements culturels opérants depuis le XVIIIème siècle et l'apparition de la médecine actuelle ont transformé le regard social sur le corps. Par le principe de performance, la dynamique du projet orientée vers l'avenir est inventée. Dès lors les corps vieillissants apparaissent comme des antiprojets dont les caractéristiques se cristallisent autour des préoccupations de dépendance et de perte d'autonomie. Ainsi nous voyons la dépression des sujets vieillissants potentiellement comme une prophétie autoréalisante de la conception contemporaine du corps. Le défi du temps impose un vécu de trahison et une crise du vieillir. Le trouble dépressif est dans ce contexte banalisé comme une souffrance normale inéluctable. Mais il peut également être masqué par des troubles cognitifs ou la plainte somatique. L'enjeu du soin est d'une part de repérer les comorbidités et les facteurs précipitants. Une place spécifique doit être faite à l'exploration des douleurs. Le travail impose une collaboration interdisciplinaire. Le traitement est multidimensionnel centré sur les choix du sujet et de son entourage. La prescription de traitements médicamenteux doit tenir compte des spécificités pharmacocinétiques et pharmacodynamiques. Les traitements physiques à action centrale ont de ce point de vue une indication intéressante. Les psychothérapies et la psychomotricité permettent de recentrer le sujet sur son être au monde, et de renouer avec une utilité propre.

Composition du Jury :

Président : Pf P. THOMAS

Assesseurs : Pf F. PUISIEUX, Pf G. VAIVA, Dr J.-P. DURAND, MME R. CARON