UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1999

THESE N° 112/1

L'UTILISATION DU TEST DU DESSIN DU PERSONNAGE CHEZ LE SUJET AGE :

STABILITE TEMPORELLE, SENSIBILITE AU CHANGEMENT SOUS TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR ET PREDICTIVITE DU RISQUE DEMENTIEL.

UNIVERSITE de LIMOGES
Section
Médecine
Pharmacie
S.C.D.

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le : 30 Mars 1999

PAR

François VIEBAN

né le 08 JUIN 1965 à BRIVE-LA-GAILLARDE (19)

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur J.M. LEGER	- Président
M. le Docteur J.P. CLEMENT	- Juge
M. le Professeur R. GAROUX	- Juge
M. le Professeur J. HUGON	- Juge
M. le Docteur J.F. TESSIER	- Membre Invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESSEURS : Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude
Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS :
*C.S = Chef de Service

ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OHPTALMOLOGIE
ALAIN Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique (C.S)	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE
BENSAID Julien (C.S)	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S)	PEDIATRIE
BRETON Jean-Christian (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CATANZANO Gilbert (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (C.S)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger	REANIMATION MEDICALE
HUGON Jacques	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
LABROUSSE Claude (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LAUBIE Bernard (C.S)	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
LEGER Jean-Marie (C.S)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
LIOZON Frédéric	CLINIQUE MEDICALE
MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PECOUT Claude (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PERDRISOT Rémy	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PILLEGAND Bernard (C.S)	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
PIVA Claude (C.S)	MEDECINE LEGALE
PRALORAN Vincent (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
RAVON Robert (C.S)	NEUROCHIRURGIE
RIGAUD Michel (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROUSSEAU Jacques (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
TABASTE Jean-Louis (C.S)	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
TREVES Richard (C.S)	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION MEDICALE
VIROT Patrice (CS)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS :

BUCHON Daniel	3ème CYCLE DE MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :

POMMARET Maryse

Pour PAUL,

mon Soleil.

A Françoise,

parce que tu es mon amour.

A mes parents,

parce que je vous dois tout et que je vous aime.

A Pierre,

parce que tu es mon frère...

A mes grands-parents,

en souvenir de tant d'amour

et parce qu'ils ne sont pas étrangers à ce que je suis devenu.

A ma famille et celle de Françoise,

pour tout ce qu'ils m'ont offert et m'offrent encore.

A mes amis,

parce qu'ils me sont chers.

A tous ceux qui m'ont fait confiance, m'ont encouragé et soutenu

tout au long de ce difficile parcours ;

je vous dois beaucoup.

A notre Président de jury de thèse,

Monsieur le Professeur J.M. LEGER

Professeur des Universités de Psychiatrie d'adultes

Psychiatre des Hôpitaux

Chef de service

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Par la richesse de votre savoir et la qualité de votre enseignement, vous avez éveillé dès le début de nos études médicales notre profond intérêt pour la psychiatrie.

Vous nous avez accueilli dans votre service lors de nos stages d'étudiant hospitalier puis lors de notre résidanat de médecine générale, au cours duquel vous nous avez autorisé à suivre vos enseignements théoriques, avant de nous permettre de poursuivre durant trois années notre formation dans vos unités de psychogériatrie.

Dans notre exercice futur, qui sera à jamais marqué de l'empreinte de vos enseignements ainsi que de ceux de vos collaborateurs, nous espérons savoir nous montrer digne de la confiance dont vous nous avez honoré jusqu'à aujourd'hui.

Puissiez-vous trouver dans ces quelques mots l'expression de notre gratitude et de notre immense respect.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Professeur R. GAROUX

Professeur de Pédopsychiatrie

Psychiatre des hôpitaux

Chef de service

En acceptant de juger notre travail et de participer à notre jury de thèse, vous nous faites un grand honneur.

Par vos qualités humaines et pédagogiques, vous avez contribué à l'éveil de notre profond intérêt pour la psychiatrie et la psychologie dès le début de nos études de médecine.

Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur J. HUGON

Professeur des Universités d'Histologie, Embryologie, Cytogénétique

Chef de service

Vous nous faites un très grand honneur en acceptant de juger notre travail et de participer à notre jury de thèse.

Au cours de nos stages d'étudiant hospitalier, vous nous avez fait partager votre immense savoir et votre intérêt pour la neurologie.

Nous vous sommes très reconnaissant du soutien amical que vous avez témoigné à notre égard tout au long de la lente élaboration de ce travail.

Nous avons souhaité, en sollicitant votre participation au jury d'une thèse dont le thème n'est peut-être pas totalement aux antipodes des voies de recherche qui sont les vôtres, vous témoigner notre gratitude et notre respect.

Monsieur le Docteur TESSIER

Praticien Hospitalier temps partiel

Psychiatre

Nous vous sommes extrêmement reconnaissant d'avoir accepté de siéger dans notre jury de thèse.

En sollicitant votre participation, nous avons souhaité vous témoigner notre immense gratitude pour nous avoir fait partager votre savoir au cours des sept semestres passés dans les unités de psychogériatrie dont vous avez la responsabilité.

Nous voudrions également vous exprimer nos remerciements pour la confiance dont vous nous avez honoré, non seulement dans notre activité quotidienne au sein du service, mais également en nous permettant de dépasser les limites de celui-ci.

Nous espérons avoir su nous en montrer digne et ne jamais la trahir dans un exercice futur irrémédiablement teinté de vos riches enseignements.

A notre Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur J.P. CLEMENT

Praticien Hospitalier

Psychiatre des Hôpitaux

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté de diriger ce travail.

Nous tenons surtout à vous témoigner notre gratitude pour votre patience, votre constance, votre rigueur, votre disponibilité et votre soutien tout au long de la très lente rédaction de cette thèse.

Nous voudrions également vous remercier de nous avoir fait l'honneur de nous accorder votre confiance et de nous avoir associé à vos recherches sans préjugé sur notre formation de médecin généraliste.

Enfin, nous souhaiterions vous assurer de toute notre reconnaissance pour avoir su au travers de vos enseignements théoriques, grâce à vos immenses talents pédagogiques, mais aussi de manière informelle, imprimer à notre esprit et à notre exercice professionnel une orientation dans laquelle transparaissent l'humanisme et le respect des personnes âgées.

En espérant savoir nous en montrer digne, pour tout cela, MERCI.

PLAN

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

-I- ELEMENTS DE PSYCHOPATHOLOGIE DU SUJET AGE

-A- LES DEPRESSIONS DU SUJET AGE

-B- LES DEMENCES

-C- RELATIONS ENTRE DEMENCES ET DEPRESSIONS

-II- L'EVALUATION PSYCHOMETRIQUE CHEZ LE SUJET AGE

-A- QUALITES METROLOGIQUES DES TESTS

-B- APPORTS DE LA PSYCHOMETRIE DANS LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DES TROUBLES DEPRESSIFS DU SUJET AGE

-C- APPORTS DE LA PSYCHOMETRIE DANS LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DES TROUBLES DEMENTIELS DU SUJET AGE

-D- LES TESTS DE PERSONNALITE

-E- EPREUVES GRAPHIQUES UTILISEES CHEZ LA PERSONNE AGEE

-III- LE TEST DU DESSIN DU PERSONNAGE

-A- INTRODUCTION

-B- HISTORIQUE

-C- TRAVAUX ANTERIEURS

-D- ETAT ACTUEL DES METHODES DE COTATION ET D'ANALYSE DU DESSIN DU PERSONNAGE

SECONDE PARTIE : ETUDE DE LA STABILITE TEMPORELLE, DE LA SENSIBILITE AU CHANGEMENT SOUS TRAITEMENT ET DE LA VALEUR PREDICTIVE DES TESTS SUR L'EVOLUTION

-I- INTRODUCTION

-II- ETUDE DE LA STABILITE TEMPORELLE

-A- INTRODUCTION

-B- POPULATION ET METHODE

-C- RESULTATS

-III- ETUDE DE LA SENSIBILITE AU CHANGEMENT SOUS TRAITEMENT

-A- INTRODUCTION

-B- POPULATION ET METHODE

-C- RESULTATS

-IV- PREDICTIVITE DES INSTRUMENTS A J0 POUR PREJUGER DE L'EVOLUTION ENTRE J0 ET S8

-A- INTRODUCTION

-B- POPULATION ET METHODE

-C- RESULTATS

-V- ETUDE DE LA VALEUR PRONOSTIQUE DES SCORES AUX TESTS A J0 ET S8 SUR L'EVOLUTION A 3 ANS

-A- INTRODUCTION

-B- POPULATION ET METHODE

-C- RESULTATS

-VI- DISCUSSION

-A- ETUDE DE LA STABILITE TEMPORELLE

-B- ETUDE DE LA SENSIBILITE AU CHANGEMENT SOUS TRAITEMENT

-C- ETUDE DE LA VALEUR PREDICTIVE DES INSTRUMENTS A J0 POUR PREJUGER DE L'EVOLUTION ENTRE J0 ET S8

-D- ETUDE DE LA VALEUR PREDICTIVE DES SCORES OBTENUS A J0 PUIS S8 SUR L'EVOLUTION VERS UNE DEMENCE A 3 ANS

CONCLUSION

ANNEXES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

INTRODUCTION

Deux types d'affections dominent la pathologie mentale du sujet âgé : les démences et la dépression.

En amont des difficultés occasionnées par leur prise en charge, c'est leur diagnostic lui-même qui pose un problème en pratique courante.

La dépression tardive est en effet caractérisée par une symptomatologie volontiers atypique, susceptible d'égarer la démarche diagnostique du praticien d'autant qu'elle évolue parmi les modifications inhérentes au processus « physiologique » de la sénescence et se trouve régulièrement intriquée à d'autres pathologies.

La conséquence est l'insuffisance du diagnostic alors qu'elle justifie d'un traitement spécifique dont l'efficacité est reconnue dans la majorité des cas.

Les démences, quant à elles, représentent un problème crucial en matière de santé publique en cette fin de second millénaire. Si l'essentiel des efforts de la recherche se concentre à l'heure actuelle sur la découverte de thérapeutiques véritablement curatives d'un processus aboutissant à une véritable « mort psychique » de l'individu, son identification est la plupart du temps trop tardive pour que les thérapeutiques dites « promnésiantes » trouvent leur indication préférentielle et ce n'est qu'une approche palliative qui peut être proposée.

Au delà des problèmes posés individuellement par les dépressions et les démences, ce sont les rapports singuliers qu'elles entretiennent l'une avec l'autre qui causent les plus grandes difficultés diagnostiques.

Il s'agira en premier lieu du diagnostic différentiel, la démence pouvant adopter une symptomatologie d'allure dépressive tout comme à l'inverse la dépression peut évoquer une démence.

D'autre part, une perspective nouvelle dans l'abord des mécanismes psychopathologiques des démences incrimine la dépression tardive dans la genèse de la maladie. Cette dernière approche laisse transparaître l'espoir d'enrayer l'évolution vers une démence des dépressions tardives « à risque » par une prise en charge appropriée.

Face à la complexité du diagnostic précoce des démences et de la dépression, le sens clinique du praticien, même s'il est expérimenté en la matière, est très régulièrement insuffisant et le recours à des outils psychométriques pourra être d'une aide considérable.

Or, les instruments psychométriques les plus répandus comportent un certain nombre d'inconvénients qui limitent leur intérêt en pratique courante.

Ils n'offrent pour la plupart qu'une approche unidimensionnelle ou bien exclusive de l'une ou l'autre des affections imposant de réaliser des bilans psychométriques complexes combinant la passation de plusieurs épreuves. Certains sont trop « lourds », trop coûteux en temps et en moyens pour être appliqués à des patients âgés dont les facultés d'attention et de concentration sont défaillantes et leur interdisent une participation durable et soutenue.

La majorité des tests explorant l'efficience cognitive et mnésique du sujet font appel aux mécanismes intellectuels à médiation verbale et sont donc restrictifs dans leur approche d'une maladie telle que la démence dont les déficits s'expriment également dans un registre non verbal. De plus, les patients dont les troubles prédominent dans le domaine phasique alors que les autres fonctions demeurent relativement bien préservées risquent d'être pénalisés par cette approche.

Les tests projectifs peuvent quant à eux représenter une voie d'abord attrayante des troubles mentaux de la personne âgée notamment par leur estimation pluridimensionnelle de ceux-ci. Cependant, les épreuves les plus courantes (au premier rang desquelles se situe le Test de Rorschach) sont souvent peu maniables ou bien n'ont pas fait l'objet d'une véritable validation chez le sujet âgé et en particulier dans le domaine des démences.

Pour revêtir un véritable intérêt dans la pratique courante de la psychogériatrie un test psychométrique doit donc rassembler un certain nombre de qualités tout en respectant les limites imposées par les patients auxquels ils s'adressent, c'est-à-dire la fatigabilité, le renoncement et la panique.

Ces qualités peuvent être résumées de la manière suivante. Il doit être simple d'emploi, peu coûteux en temps et en moyens. Il doit, si possible, offrir une estimation multidimensionnelle des troubles tout en restant suffisamment bref quant à la durée de sa passation et demander une faible participation pour rester exploitable chez des patients dont une coopération durable peut difficilement être obtenue. Une dernière qualité à privilégier sera

indubitablement son innocuité à produire chez le sujet testé une réaction anxieuse ou douloureuse devant l'échec.

Le « Test du Dessin du Personnage » remplit ces conditions.
C'est l'un des tests psychologiques les plus anciens puisqu'il existe depuis bientôt un siècle. Il a d'abord été utilisé en clinique infantile sous l'appellation de « Test du Bonhomme » pour donner une estimation rapide du niveau intellectuel. Toutefois, on a rapidement réalisé qu'il était plus qu'un test d'intelligence en lui reconnaissant des qualités psychodynamiques et projectives. Il a par la suite été utilisé à diverses époques de la vie dans différents types de pathologies mentales.

Chez le sujet âgé, il est apparu qu'il était un outil pouvant tenir compte des dimensions cognitive de la dépression et affective de la démence.

Dans cette optique, Clément et al. (1993) ont proposé trois grilles de lecture : une grille cognitive, une grille d'évaluation du fonctionnement psychodynamique et enfin une grille appréciant de manière codifiée le discours verbal qui accompagne la réalisation du dessin, ceci dans une perspective dimensionnelle allant du « normal » vers la dépression puis vers la démence. Les résultats obtenus aux trois grilles, comparés à des valeurs-seuil, permettent de situer le patient dans une problématique démentielle, dépressive ou bien de préjuger de l'absence de trouble.

Il est parfaitement exploitable en pratique courante grâce à sa simplicité et sa rapidité. Son application demande peu de moyens (une feuille vierge et un crayon). Il requiert une faible participation de la part du patient (seulement sa compréhension de consignes simples conduisant à la réalisation du dessin d'une personne et à la production d'un commentaire sur le personnage dessiné sous la forme de quatre questions). Par son apparence ludique, il est bien accepté par les sujets et ne génère pas de réaction de renoncement ou d'anxiété. En outre, il reste utilisable jusqu'à des stades avancés de la maladie démentielle.

L'étude présentée ici s'inscrit dans un vaste projet de recherche développé par l'équipe de psychogériatrie du Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges sous la conduite du Professeur JM Léger et du Docteur JP Clément.

Entrepris depuis près de dix ans, ces travaux sur le « Test du Dessin du Personnage » ont abouti à l'élaboration des trois grilles de lecture déjà mentionnées et à leur validation pour

le dépistage et le suivi des troubles dépressifs et démentiels, intriqués ou non, chez la personne âgée.

Les objectifs de cette étude sont d'apporter une contribution à ce projet d'une part en vérifiant la stabilité temporelle de l'instrument et d'autre part en examinant sa sensibilité au changement sous traitement antidépresseur ainsi que sa valeur pronostique, en particulier pour préjuger de la réponse thérapeutique initiale et estimer le risque d'évolution vers une démence dans les trois années succédant à l'évaluation des sujets dépressifs, qu'ils souffrent d'une dépression typique ou d'une dépression pseudodémentielle.

PREMIERE PARTIE

En guise de préambule à cette étude, il est apparu nécessaire de procéder dans un premier temps à un rappel des connaissances actuelles sur les dépressions du sujet âgé, les troubles démentiels ainsi que sur les liens unissant ces deux pathologies.

Dans un second temps, ont été envisagées les qualités métrologiques dont doivent se prévaloir les tests psychométriques ; avant que ne soient examinés les principaux instruments disponibles à l'heure actuelle pour l'évaluation des troubles mentaux de la personne âgée.

Le « Test du Dessin du Personnage » a fait enfin l'objet d'un chapitre spécifique réunissant les travaux antérieurs les plus remarquables, notamment ceux qui ont permis l'élaboration des grilles d'interprétation et de cotation utilisées dans l'étude, celles-ci étant présentées dans ce même chapitre.

-I- ELEMENTS DE PSYCHOPATHOLOGIE DU SUJET AGE :

Deux types d'affections représentent l'essentiel de la pathologie psychiatrique rencontrée au cours du troisième âge. Il s'agit des démences et de la dépression.

En effet, leur prévalence est particulièrement élevée, ce qui peut paraître logique pour les démences, pathologies majoritairement observées à cette époque de l'existence, mais qui est beaucoup plus surprenant pour la dépression tardive, maladie encore mal connue (et mal reconnue) bien que les études épidémiologiques la situent au premier rang des troubles psychiques rencontrés chez les vieillards.

De surcroît, la morbidité engendrée par les démences comme par la dépression est d'une importance capitale, ne serait-ce que par leur préjudice sur la qualité de vie des patients et de leur entourage familial. Un autre élément à prendre en considération est le retentissement socio-économique de la prise en charge de la perte d'autonomie qu'elles induisent.

Cependant, le diagnostic et les soins à prodiguer aux personnes âgées souffrant de troubles mentaux causent encore de trop fréquentes difficultés aux médecins éloignés d'une approche prenant en compte la dimension psychologique de la vieillesse. Un certain nombre d'idées reçues les conduisent souvent à sous-estimer les « états d'âme » des personnes âgées en considérant qu'il est normal qu'elles soient déprimées ou que leurs facultés intellectuelles

s'amenuisent avec l'âge et qu'il n'existe pas de véritable remède à leurs maux ou qu'il n'y a pas lieu de s'en préoccuper.

Cette vision fataliste de la sénescence est bien entendu regrettable puisqu'elle ne peut conduire qu'à la démission du thérapeute alors que l'on sait désormais que face aux troubles psychiques du vieillard et à la souffrance qu'ils génèrent dans la cellule familiale, une prise en charge globale sera salutaire en améliorant la qualité de vie de chacun.

Avant d'envisager les liens complexes qui existent entre démences et dépressions, il convient de s'attarder sur les spécificités de chacune de ces deux pathologies.

-A- LES DEPRESSIONS DU SUJET AGE :

L'ensemble des études épidémiologiques s'accorde pour situer la dépression au premier rang des troubles psychiatriques se développant au cours de la vieillesse.

Pourtant elle reste largement sous-évaluée (dans 40% des cas) (Small, 1991) bien que l'on reconnaisse une efficacité de la thérapeutique antidépressive dans les trois-quarts des cas, que les complications soient plus fréquentes et le pronostic plus redoutable qu'aux autres âges de la vie (Clément & Léger, 1996).

-1- Données épidémiologiques :

Les résultats des enquêtes épidémiologiques ayant trait à la dépression du sujet âgé sont extrêmement variables d'une étude à l'autre.

Cette variabilité tient à la fois à l'hétérogénéité de la population étudiée, à celle des critères et méthodes d'évaluation, et à l'influence des conditions environnementales.

Les seuils et tranches d'âges considérés, le sexe, la situation matrimoniale (individus vivant en couple ou seuls, veufs ou célibataires), les lieux et conditions de vie (institution ou domicile, en famille ou isolés), le lieu d'investigation (population rencontrée en médecine générale ou spécialisée, hospitalière ou ambulatoire) constituent autant de paramètres influant de manière considérable sur les résultats.

Il en est de même pour la méthodologie adoptée dans les enquêtes, qu'il s'agisse des critères diagnostiques (soumis à la classification choisie) ou bien des techniques de recueil des

informations (entretien, auto-évaluation, différents types d'échelles et tests psychométriques utilisées, ...). Il convient également de signaler que les particularités cliniques de la dépression du sujet âgé ne facilitent pas sa reconnaissance car on observe plus volontiers des formes chroniques et les rechutes sont plus fréquentes que chez l'adulte.

Enfin, l'influence des effets de cohorte dans les études transversales est loin d'être négligeable. Ils peuvent jouer un rôle encore plus considérable sur la distribution des symptômes dépressifs au cours de l'existence que le vieillissement lui-même (Srole & Fischer, 1980).

D'autre part, la dépression du sujet âgé fait l'objet d'une remarquable sous-évaluation, ceci pouvant être expliqué par divers arguments.

Tout d'abord, elle constitue une entité clinique à part entière qui se différencie en de nombreux points de la dépression de l'adulte. Elle n'a fait l'objet d'une réelle codification qu'à la fin des années soixante-dix. Autrefois en effet, seules les dépressions « d'involution » (d'ailleurs aujourd'hui controversées) étaient reconnues comme appartenant au champ de la psychiatrie de l'âgé ; bien qu'elles ne concernaient soi-disant que les cinquième et sixième décennies de la vie et étaient caractérisées par une symptomatologie atypique, d'évolution subaiguë et leur remarquable résistance aux thérapeutiques usuelles. Au cours du troisième âge, la dépression était jugée assez rare, pauvre en symptômes et sans incidence thérapeutique particulière (Widlöcher, 1987).

Par ailleurs, dans une conception adultomorphe de la vieillesse la réduisant à une crise existentielle où n'est prise en compte que la vulnérabilité de la personnalité de l'individu et non sa possibilité d'édifier des mécanismes d'adaptation et de défense nouveaux (Darcourt, 1983), rien ne semble pouvoir s'opposer à ce que le médecin, l'entourage familial voire le patient lui-même ne considèrent la dépression comme une conséquence logique de la prise de conscience de son état de vieillard. Cette vision ne peut conduire qu'à la résignation ou pire encore à la négligence du trouble et logiquement à l'abstention thérapeutique dans les deux cas.

Malgré tout cela, si l'on considère les données épidémiologiques émanant des études menées sur la population générale, chez les plus de 65 ans la prévalence de la dépression majeure (répondant aux critères diagnostiques du DSM III-R) est de l'ordre de 2 à 3%, à

laquelle il convient d'ajouter 10 à 15% de dépression modérée chronique (Clément & Léger, 1997).

En ce qui concerne l'incidence de la maladie dépressive, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) avance un chiffre (lui aussi très certainement sous-estimé) de 3% de la population mondiale alors qu'elle atteindrait 20 à 50% (Weissman & Myer, 1978) au cours du troisième âge.

Les études épidémiologiques portant sur la population rencontrée en médecine générale fournissent des résultats tout aussi alarmants. Selon elles, 15 à 30% des personnes âgées consultant leur médecin traitant de leur propre initiative ou sur celle de leur entourage présenteraient des symptômes dépressifs significatifs bien que le motif de la consultation soit le plus souvent un dysfonctionnement organique (Mac Greevey & Franco, 1988).

Cette forme clinique de la dépression où les troubles somatiques occupent le devant du tableau, appelée « dépression masquée », est en grande partie responsable de l'insuffisance du diagnostic puisque seulement 6% des dépressions masquées sont reconnues (Illife et al., 1991).

Au cours du troisième âge, la dépression fait très rarement l'objet d'une consultation spécialisée : 1% seulement des personnes âgées déprimées feraient appel aux services de santé mentale (Borson et al., 1986) et c'est en principe au médecin traitant qu'appartient la décision d'orienter le patient vers un psychiatre ou en milieu spécialisé. Cette décision ne sera, en fait, prise que tardivement, lorsque la situation devient trop alarmante ou dépasse les possibilités d'un traitement ambulatoire : c'est-à-dire devant la sévérité de la symptomatologie dépressive, lorsqu'il existe un risque avéré de suicide ou bien si le soutien à attendre de la part du support social est inopérant. Dans d'autres cas, cette orientation sera déterminée par la demande pressante de la famille ou du patient lui-même, voire par l'épuisement du médecin.

Les enquêtes épidémiologiques font également apparaître que lorsque la dépression est reconnue, elle fait très rarement l'objet d'un traitement spécifique : dans 4% des cas seulement (Copeland et al., 1992). Pour Callahan et al. (1994) une personne âgée présentant des symptômes dépressifs sur sept reçoit un traitement antidépresseur. Or, 75% des personnes âgées qui commettent un suicide ont pourtant consulté leur médecin généraliste au cours du mois qui précédait leur mort (Alexopoulos, 1992). De surcroît, la prévalence du suicide des

personnes âgées est environ deux fois plus élevée que dans la population générale et la dépression en est la cause principale (Conwell et al., 1991).

Les enquêtes de prévalence réalisées auprès de personnes âgées vivant en institution annoncent des chiffres encore plus élevés que dans la population générale : environ 40% (Mann et al., 1993). Là aussi, ils correspondent indubitablement à des valeurs minimales.

En milieu hospitalier, l'on relève une prévalence comparable, de l'ordre de 35 à 45% (Koenig et al., 1993). Dans ce cas, il faut néanmoins remarquer que nombre de symptômes d'allure dépressive sont transitoires et se résolvent spontanément avec l'amélioration de l'état général du patient et sa sortie (Clément & Léger, 1996). Toutefois, les formes sévères de la dépression, soit 10% des cas, persistent de manière durable et grèvent le pronostic de l'affection organique ayant provoqué l'hospitalisation en accroissant la morbidité liée à celle-ci, en jouant un rôle défavorable sur l'observance thérapeutique et en allongeant la durée du séjour (Koenig et al., 1993).

L'épidémiologie ne se limite pas à fournir des données quantitatives. Elle a également permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risque dont la connaissance peut inciter le praticien à rechercher l'existence du trouble chez les individus appartenant à cette population « à risque ».

En premier lieu, et contrairement à ce qui est habituellement observé chez l'adulte, en cette période de la vie qu'est la vieillesse, quelle que soit la nature de la dépression les facteurs biographiques, situationnels, sociaux et psychologiques semblent avoir une influence déterminante dans la genèse de la maladie (Kanowski, 1994). Parmi les facteurs de risque, la solitude, l'isolement social, les conséquences de la retraite, les conflits interpersonnels et la perte des proches joueraient un rôle majeur dans la survenue de dépressions « réactionnelles » (Léger & Clément, 1992). D'autres facteurs sont également à prendre en compte, il s'agit des conséquences de la perte d'autonomie induite par les maladies physiques, l'inactivité, les difficultés financières, le changement de lieu de vie. La qualité du support social est cependant susceptible d'en contrebalancer dans une certaine mesure les effets défavorables (Clément & Léger, 1996).

L'existence d'une pathologie somatique constitue à elle seule un facteur de risque de dépression. L'on citera en premier lieu la pathologie vasculaire cérébrale puisque la moitié des

sujets victimes d'un accident vasculaire cérébral développent un état dépressif (Krishnan, 1993). Néanmoins, chez les grands vieillards de plus de 90 ans, il semble que ce soit plus la perte d'autonomie que la maladie physique elle-même qui génère la dépression (Forsell et al., 1995).

Brodaty et al. (1991) ont par ailleurs remarqué que les événements de vie sont plus souvent mis en cause dans la dépression de l'âgé que dans celle de l'adulte. Les tensions affectives durables et les traumatismes psychiques réitérés, de même que la prise en charge de la maladie d'un proche sont autant de facteurs particulièrement dépressogènes.

Si l'on s'interroge sur l'influence de la situation matrimoniale et du veuvage, on observe une fréquence accrue des symptômes dépressifs chez les divorcés et les séparés ainsi que chez les veufs (Scharfetter & Angst, 1980). Le veuvage a une responsabilité importante en particulier chez les « jeunes » sujets âgés, c'est-à-dire ceux qui appartiennent à la tranche d'âge des 65-74 ans. Ces derniers ont un risque plus élevé que les autres de développer au cours de leur période de veuvage un état dépressif se pérennisant par la suite (Mendes de Leon et al., 1994). L'étude prospective de Kivelä (1994) a montré que les hommes qui avaient des relations appauvries avec leur épouse présenteraient également un risque accru de développer une dépression, alors que pour les femmes le fait de se retrouver seule abaisserait ce risque. Une autre étude a montré que les sentiments d'insatisfaction sur la vie passée, de solitude et l'existence d'un tabagisme seraient trois facteurs significativement associés au développement d'un état dépressif (Green et al., 1992). Des symptômes dépressifs seraient également plus volontiers mis en évidence chez les sujets ayant un faible niveau intellectuel prémorbide, carencés en relations intimes et de confiance (Evans & Katona, 1993)

Il convient enfin de rappeler l'éventualité d'une iatropathogénie dans la dépression tardive et l'on citera notamment le rôle dépressogène des bêtabloquants, des antihypertenseurs centraux, des neuroleptiques ... (Clément & Léger, 1996).

-2- Clinique de la dépression du sujet âgé :

Une des difficultés principales du diagnostic d'un état dépressif chez une personne âgée est liée à sa présentation clinique inattendue.

Le médecin est en effet souvent dérouté par une expression symptomatologique spécifique qui se différencie en de nombreux points de celle de la dépression de l'adulte.

En fait, selon les patients tous les cas de figure sont envisageables et l'éventail des signes cliniques, comme leur sévérité, est varié (Jouvent & Baruch, 1987). L'on peut même observer un tableau clinique comparable à celui d'un sujet d'âge moyen bien que cette symptomatologie soit la plupart du temps moins évidente et moins franche (Clément & Léger, 1996).

Un second obstacle est représenté par le fait que le patient lui-même méconnaît de manière quasiment systématique le trouble dont il souffre. Il a en effet souvent du mal à se reconnaître déprimé et à s'en plaindre (Lehmann, 1982) et aura plus volontiers tendance à rationaliser ses affects selon des plaintes existentielles ou s'exprimant dans un registre somatique (Jouvent & Baruch, 1987).

Il n'est pas rare non plus que les signes cardinaux de la dépression soient attribués à tort au processus « normal » de la sénescence (Raskind, 1992 ; Katona, 1994) qu'il s'agisse du ralentissement psychomoteur, des difficultés attentionnelles ou de la concentration, de l'asthénie, de la perte de l'élan vital, du désintérêt ou encore de l'anhédonie, voire même des modifications de l'appétit ou du sommeil. Il se peut également que l'émoussement affectif qui caractérise certains vieillards n'occulte l'humeur dépressive et que celui-ci ne passe pour de la sérénité (Clément & Léger, 1996).

Avant d'examiner les particularités de la clinique dépressive du sujet âgé, il convient d'envisager les caractéristiques communes à la dépression de l'adulte et à celle de la personne âgée.

-a- Similitudes entre les dépressions de l'adulte et de la personne âgée :

Parfois le patient manifeste une symptomatologie comparable à celle qui est habituellement observée chez des individus plus jeunes. Certains signes cliniques sont cependant plus volontiers retrouvés.

Il s'agira d'un sentiment persistant de tristesse se combinant avec l'incapacité de trouver un attrait à la vie, à des ruminations morbides voire suicidaires et des idées de culpabilité ou d'inutilité. Dans d'autres cas, ce seront l'asthénie physique, le ralentissement idéomoteur, les perturbations du sommeil ou de l'appétit (avec la perte de poids en découlant) qui prédomineront ; les états d'agitation sont aussi plus fréquents (Flynn & Flynn, 1991 ; Khan et al., 1993). Certains auteurs retrouvent une prépondérance de symptômes tels que l'irritabilité, la perte d'intérêt et le sentiment de ne pouvoir faire les choses correctement (Oxman et al., 1990) ; alors que d'autres observent plus fréquemment des idées de culpabilité, des états délirants ou d'agitation, des troubles de l'appétit et du sommeil (en particulier une hypersomnie) (Brodaty et al., 1991). Enfin la perte de l'estime de soi est assez habituellement verbalisée par le patient, en rapport avec la conscience de ne pouvoir subvenir seul à certains de ses besoins et à sa sécurité (Blazer, 1989).

-b- Spécificités de la dépression du sujet âgé :

Dans la majorité des cas, la dépression du sujet âgé est caractérisée par une symptomatologie empruntée à d'autres pathologies somatiques ou psychiatriques. Les signes cardinaux de la dépression, tels qu'ils sont habituellement retrouvés chez l'adulte, sont relégués au second plan voire même absents. Le diagnostic est alors un diagnostic d'exclusion, tardif car ne survenant qu'à l'issue d'examens complémentaires ou de traitements infructueux.

La connaissance de ces particularités séméiologiques aura donc pour principal avantage d'orienter la démarche diagnostique du praticien plus précocement vers l'évocation d'un trouble de l'humeur, sans négliger toutefois l'éventualité d'une pathologie concomitante.

- Le corps, médiateur de la souffrance morale : les « dépressions masquées » :

En 1977 déjà, une étude séméiologique comparative notait que dans la dépression du sujet âgé, la seule différence significative avec l'adulte était la présence prédominante d'idées hypocondriaques (Gurland et al., 1977). A la même époque, Kielholz (1979) introduisit le

terme de « dépression masquée » en le définissant comme « un processus dépressif se manifestant en premier lieu sur le plan somatique ».

Dans cette forme clinique, l'élément dépressif psychique est minime, voire quasiment inexistant. Cependant comme l'a souligné Tatossian cité par Besançon et al. (1983), la dépression est un état global atteignant l'être humain dans son unité somato-psychique ; c'est donc autant un trouble corporel que psychologique : « en son fond, la dépression est un trouble du corps vécu et les doléances corporelles n'ont rien d'imaginaire ».

La symptomatologie hypocondriaque est donc fréquente (Katona, 1994) puisque ce sont près des deux tiers des patients qui allèguent des plaintes somatiques prédominantes. La somatisation représente le symptôme initial de la maladie dépressive dans le tiers des cas (Clément et al., 1995a).

Il s'agit préférentiellement de plaintes concernant les appareils cardio-vasculaire, urinaire et digestif (Koenig et al., 1993). On peut également observer des douleurs diverses : rhumatologiques ou musculaires, des céphalées ... Dans d'autres cas, le patient se plaindra d'un mauvais état général, d'une grande fatigue, de perturbations du système nerveux central sous la forme de difficultés d'attention, de concentration ou de troubles de la mémoire. Le sommeil lui aussi, fonction subissant des modifications physiologiques avec le vieillissement et fréquemment surinvestie chez la personne âgée, fera l'objet de plaintes fréquentes (Clément & Léger, 1996).

Ces plaintes somatiques coexistent généralement avec un déni des sentiments dépressifs et de la tristesse (Ruegg et al., 1988). Elles peuvent parfois accéder à une dimension délirante, surtout chez les sujets âgés hospitalisés (Kramer-Ginsber et al., 1989).

On peut ici remarquer que ces symptômes physiques, qui dominent le tableau de la dépression, ont une connotation subjective et posent de difficiles problèmes diagnostiques au praticien plutôt habitué à associer au syndrome dépressif la tristesse, les idées de culpabilité, d'autodépréciation et le désir de mort.

L'identification du trouble de l'humeur en est d'autant plus malaisée que, dans le contexte polypathologique qui caractérise la vieillesse, il n'est évidemment jamais exclu la

participation d'une authentique maladie organique et ce n'est qu'au terme d'investigations complémentaires plus ou moins traumatisantes et coûteuses, parfois même d'interventions chirurgicales infructueuses, qu'une prise en charge appropriée du trouble ne sera entreprise. De surcroît, cette approche peut conforter le malade dans sa conviction d'être atteint d'une affection somatique et la négativité des examens, loin de le rassurer, risque d'accroître son anxiété.

Il ne faut pas non plus négliger la fréquente coexistence d'une maladie physique avec l'état dépressif puisque le quart des hommes et le tiers des femmes âgés atteints d'une pathologie organique sont concomitamment déprimées (Murrell et al., 1983).

Dans ces formes où la dépression est associée à une pathologie somatique, la dépression est par définition clairement présente. Ce n'est donc pas dans le diagnostic de l'état dépressif que réside la difficulté mais dans celui de l'affection organique, celle-ci étant parfois reléguée au second plan, masquée par les symptômes de la dépression. Certains auteurs ont d'ailleurs utilisé le terme de « dépression masquante » pour qualifier ce type de trouble.

- Dépressions tardives adoptant la symptomatologie d'un autre trouble psychique :

Comme cela a déjà été signalé précédemment, une des caractéristiques de la dépression du sujet âgé est l'absence ou la discrétion des signes pathognomoniques. Dans de nombreux cas le tableau sera dominé par une symptomatologie évocatrice d'une autre affection psychiatrique : un délire, des troubles du caractère ou du comportement, une anxiété majeure ...

- Formes délirantes:

Les états délirants du sujet âgé sont extrêmement hétérogènes.

A côté des délires chroniques anciens, des délires tardifs aigus à intégrer dans un syndrome confusionnel et des délires émaillant le cours évolutif des démences, il existe plusieurs cas de figure où la dépression coexiste avec une symptomatologie psychotique.

Dans le délire d'apparition tardive, la production délirante apparaît dotée d'une valeur adaptative permettant au sujet de combler un manque, de lutter contre l'isolement et la dépression.

D'évolution insidieuse et progressive, ils surviennent volontiers sur une personnalité prémorbide narcissique soumise à des facteurs environnementaux accroissant la dépendance affective.

Leur mécanisme est soit interprétatif, soit imaginatif, plus rarement hallucinatoire. A l'inverse des délires schizophréniformes, il l'est pas retrouvé d'idées d'influence, d'automatisme mental ni de troubles du cours de la pensée.

La thématique est plutôt pauvre, terre à terre, centrée sur les intérêts de l'individu (santé, réputation et propriété). Plutôt que les idées de culpabilité, d'auto-accusation ou de ruine, habituellement constitutives de la mélancolie de l'adulte, on retrouve fréquemment dans ce contexte des idées de préjudice, de jalousie ou de persécution (Meyers et al., 1984) ou hypocondriaques. Ces dernières peuvent aller jusqu'au délire de négation d'organe (syndrome de Cotard).

Si l'on considère les aspects psychodynamiques du trouble, mécanisme de comblement et de lutte contre la dépression, on conçoit aisément que l'attitude thérapeutique sera radicalement différente de celle des autres délires. Les neuroleptiques, en atténuant la production délirante, démasqueront la dépression et c'est en fait la thérapeutique antidépressive et l'intervention sur les facteurs favorisants qui constitueront le traitement de choix, en association avec les neuroleptiques. Certaines formes graves justifieront d'une électroconvulsivothérapie.

- Dépressions et modifications du caractère et du comportement:

Des troubles du caractère et du comportement peuvent aussi être révélateurs d'un état dépressif sous-jacent.

Il peut s'agir d'une irritabilité, d'une nervosité, d'une impatience ou d'une hostilité vis-à-vis de l'entourage. Ces modifications du caractère retentiront sur l'activité du sujet

(celle-ci devenant désordonnée) ; ou bien encore elles engendreront des perturbations relationnelles avec ses proches.

Des formes paroxystiques sont observées sous la forme d'authentiques états d'agitation voire de confusion mentale.

Il se peut aussi que cette présentation caractérielle se manifeste par des conduites d'opposition, de refus et des conduites régressives (refus de soins, d'alimentation, incontinence sphinctérienne, cris ...). Des conduites addictives (un alcoolisme notamment) sont parfois également révélatrices du trouble de l'humeur (Mann et al., 1993 ; Yesavage, 1992).

- « La névrose du grand âge » : dépression anxieuse :

Dans cette forme clinique qu'est la « névrose du grand âge » (Kay & Bergmann, 1980), l'anxiété occupe le devant de la scène. Le risque est de considérer le symptôme de manière exclusive et de traiter par les seuls tranquillisants, sans tenir compte du trouble dépressif qui le sous-tend.

Le patient se plaint d'une grande appréhension, d'un sentiment de perpétuelle angoisse qu'il ne parvient pas à justifier, d'une insécurité. Il lui est impossible de se détendre, il est effrayé de tout et ne peut dominer ses craintes.

Cette anxiété majeure, qui est souvent le masque d'une dépression (Flynn & Flynn, 1991), survient sans raison apparente et évolue sous la forme d'une dépendance affective grandissante, d'un repli sur soi coexistant avec un refus de sortir. Des symptômes « hystériques » (d'allure conversive) peuvent se surajouter, aggravant la perte d'autonomie (troubles de la déglutition, troubles de la marche) et risquent de conduire à l'institutionnalisation (Mann et al., 1993).

- Présentation anhédonique de la dépression :

La dépression peut également se manifester sous la forme d'une anhédonie.

En effet, si l'on peut considérer qu'une perte d'intérêt existe de manière « normale » (bien que non systématique) au cours de la vieillesse, elle atteint ici une dimension

pathologique. Elle devient révélatrice du trouble thymique lorsque le sujet se plaint d'une inaptitude à éprouver un quelconque plaisir, un quelconque intérêt, y compris pour des activités jusqu'alors particulièrement appréciées par lui ou réputées comme étant les « derniers plaisirs du grand âge », notamment l'alimentation.

Ce désintérêt, péniblement vécu par le patient, coexiste avec une sensation de grande fatigue, un manque de vigueur, un sentiment de vide intérieur, une impossibilité de penser, de raisonner et d'accomplir une tâche (Clément & Léger, 1996).

- Dépressions s'exprimant sous la forme d'un déficit intellectuel :

Un chapitre spécifique sera consacré aux liens qui existent entre la dépression du sujet âgé et les démences, mais quelques remarques trouvent ici un intérêt pour rappeler qu'une forme clinique de la dépression du sujet âgé est la dépression pseudo-démentielle.

Dans ce cas, le diagnostic différentiel entre un état dépressif et un processus démentiel est difficile à établir. Le risque pour le patient est de considérer que ses déficits sont au-delà de toute ressource thérapeutique alors qu'à l'inverse la reconnaissance du trouble thymique et le traitement qui en découle pourraient lui apporter un bénéfice évident. Une autre approche diagnostique et concomitamment thérapeutique est le traitement antidépresseur d'épreuve lorsque le doute subsiste.

- Le « syndrome de glissement » :

Malgré une psychopathologie encore controversée, le « syndrome de glissement » apparaît comme une forme clinique dramatique de la dépression du vieillard.

Il semble être une véritable démission du sujet qui rompt le contact avec les autres et sa propre personne. Il se sent vide, sans moyen de penser, de ressentir ni tristesse ni angoisse. Il est épuisé, se laisse aller et désinvestit tout ce qui l'entoure. Sans qu'il n'exprime d'idées suicidaires, tout laisse penser que sa conduite a la valeur d'un authentique suicide passif.

Dans ce contexte de profonde asthénie physique et psychique, l'évolution vers un état grabataire létal est rapide, conditionnée par la dénutrition et la déshydratation suraiguës et leurs complications.

Dans ces conditions catastrophiques, qui ont conduit Ferrey et al. (1991) à parler d'effondrement psychosomatique, le traitement s'impose de manière urgente, associant aux antidépresseurs une prise en charge globale où le maternage intensif joue un rôle capital non seulement pour prévenir les complications somatiques, mais également dans le but de révéler chez le patient ses ultimes ressources pour se réanimer.

-3- Conclusion :

La dépression est donc une pathologie fréquemment rencontrée au cours du troisième âge. Pourtant, elle reste mal connue donc mal traitée bien que le traitement de première intention soit efficace dans les trois-quarts des cas. Hormis les idées reçues qui font considérer à tort ce processus morbide comme inhérent à la vieillesse, force est de constater que son expression n'en facilite pas un diagnostic qui repose cependant sur la clinique.

C'est pour ces raisons que, sans pour autant négliger la nécessaire sensibilisation de tous les praticiens à cette affection redoutable, une aide capitale est à espérer dans le recours à des instruments d'évaluation simples et fiables visant à en faciliter la reconnaissance et en conséquence le traitement.

-B- Les démences :

Situées aux confins de la psychiatrie, de la gériatrie et de la neurologie, les démences constituent un sujet de préoccupation grandissant devant l'accroissement de l'espérance de vie et les modifications de la société.

A l'échelle de l'individu, elles conduisent à la perte de son statut d'être humain, d'être pensant et viennent bouleverser ses relations avec autrui. Pour certains, elles représentent une véritable « mort sans cadavre ».

D'un point de vue socio-économique, le coût occasionné par la prise en charge de la perte d'autonomie qu'elles engendrent est probablement l'un des paramètres (et non le moindre) suscitant l'intérêt de la recherche pour ces affections mentales.

Il n'est désormais plus question d'accepter comme une fatalité la démence. L'avènement des psychotropes a offert un arsenal efficace pour le traitement des troubles comportementaux qui émaillent le cours évolutif de la maladie, mais l'on en reste encore à une approche palliative.

A l'heure actuelle, où l'on commence à identifier les déterminants biologiques et neuropathologiques des maladies démentielles, les progrès de la recherche pharmacologique ont fait naître l'espoir d'exercer avec bénéfice une action curative sur le processus morbide. De même, les conceptions psychodynamiques permettent de situer les démences dans le cours de l'existence de l'individu. Elles accordent une importance déterminante à la personnalité du sujet et aux modalités adaptatives de celui-ci face aux événements et traumatismes dont il a été victime tout au long de sa vie. Cette approche suggère l'influence de la dépression sur la genèse du processus démentiel et la possibilité de l'enrayer par une thérapeutique appropriée, chimiothérapique, psychothérapique, ou bien les deux à la fois.

Qu'elle soit préventive ou curative, la thérapeutique à mettre en oeuvre suppose dans le premier cas une identification des sujets exposés au risque de développer une démence, et dans le second une reconnaissance précoce de la maladie, voire même à un stade encore infraclinique.

Dans un cas comme l'autre, le sens clinique du praticien le plus averti risque d'être insuffisant et un grand bénéfice est à attendre de la part de tests et échelles psychométriques développés à cet effet.

-1- Historique du concept de démence :

Les terme et concept de démence ont connu une évolution considérable au cours des temps.

Il y a peu de risque de commettre une erreur en avançant l'hypothèse selon laquelle la démence est aussi ancienne que l'espèce humaine (Boller et al., 1995). Déjà, les égyptiens de l'époque pharaonique avaient constaté l'existence de désordres majeurs de la mémoire atteignant l'individu aux âges avancés de la vie (Signoret, 1991) De nombreux auteurs antiques font mention (aussi bien dans les écrits médicaux qu'artistiques ou juridiques) de troubles mnésiques et d'affections susceptibles d'atteindre les facultés de jugement, ceux-ci étant évocateurs de pathologies de type démentiel.

Cependant, le terme de démence (dementia en latin) signifiait littéralement « privé d'esprit » dans le sens de l'égarement de la raison et de l'extravagance du comportement (Ferrey & Le Goues, 1995). Qualifiant les affections mentales d'évolution chronique, il a longtemps été opposé au delirium, qui traduisait un état aigu. Il désignait donc la folie en général, acception qu'il conserve encore parfois dans le langage trivial.

Il fallut attendre Pinel (1745-1826), le fondateur de la psychiatrie moderne, pour assister à son introduction dans le vocabulaire médical courant en tant qu'affection aboutissant à la ruine des facultés intellectuelles, de la perception, de l'affectivité, de la volonté et des facultés morales (Tatossian, 1995). Son élève Esquirol (1772-1840) dégagea le concept de démence de celui d'arriération mentale : « L'Homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois. C'est un riche devenu pauvre ; l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère ». Les notions de chronicité et d'incurabilité font alors partie des critères indispensables pour le diagnostic. Esquirol proposa une définition de la démence qui demeure toujours valable actuellement : la démence est « une affection cérébrale ordinairement sans fièvre et chronique, caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté : l'incohérence des idées, le défaut de spontanéité intellectuelle et morale sont les signes de cette affection » (Esquirol, 1838 ; in Lanteri-Laura, 1991).

La seconde moitié du XIXème et le début du XXème siècle virent l'avènement de la clinique neurologique et psychiatrique. C'est à partir de cette époque que les démences ont fait l'objet d'une véritable étude approfondie tant sur le plan clinique que neuropathologique.

Parmi les découvertes les plus remarquables, celle de Bayle en 1822 permit d'établir de manière certaine le lien entre la démence et le cerveau en identifiant des lésions macroscopiques à l'examen des méninges de patients atteints d'une paralysie générale.

En 1860, Morel décrivit les « démences vésaniques », formes cliniques s'observant au cours de l'évolution des psychoses et caractérisées plutôt par le repli autistique et le désinvestissement concomitant d'une extinction de la composante productive de la maladie. Ces formes répondraient donc surtout à un processus psychologique et non à une véritable détérioration intellectuelle reposant sur une organicité bien qu'elles puissent se « séniliser » dans un second temps. Elles auraient théoriquement disparu avec l'avènement des neuroleptiques (Clément, 1998).

Avec le développement des techniques d'examen anatomopathologique, la fin du XIXème et le début du XXème siècle sont marqués par l'introduction d'une distinction entre démences dégénératives et démences répondant à un processus vasculaire athéroscléreux.

En 1917, Von Jauregg fit une découverte capitale qui vint bouleverser la croyance selon laquelle démence était synonyme de maladie incurable. En effet, il obtint l'amélioration et la stabilisation de patients atteints de démence syphilitique (la « paralysie générale ») grâce à l'inoculation de la malaria. Il fallut néanmoins attendre les années soixante pour que le concept de « démence curable » apparaisse (Magnié & Thomas, 1997).

Les travaux de Corsellis, il y a une trentaine d'années, conduirent au déclin de la théorie vasculaire et de son corollaire : le concept « d'insuffisance circulatoire cérébrale » (Magnié & Thomas, 1997). En effet, il observa que les sujets déments n'ont pas de stigmates d'artériosclérose significativement plus importants que les sujets-témoins du même âge.

A la même époque, dans leur ouvrage intitulé « Les démences tardives » Delay et Brion (1962) avaient établi une distinction entre démences séniles, démences artériopathiques et démences mixtes.

Les travaux de Blessed en 1968 puis de Tomlinson et Roth en 1970 ont eux aussi contribué à l'évolution du concept de démence. Ils ont observé sur des cerveaux de sujets déments âgés de plus de 65 ans une corrélation hautement significative entre la dégénérescence neuro-fibrillaire qui caractérise la maladie d'Alzheimer et le processus

démentiel, l'importance des anomalies histologiques étant proportionnelle aux degrés de détérioration intellectuelle et d'invalidité fonctionnelle. Dans seulement 15% des cas la démence était très probablement secondaire à un processus artériopathique et dans 25% des cas elle relevait de mécanismes intriqués. Ils conclurent donc que la majorité des démences survenant après 65 ans répondaient à une étiologie dégénérative similaire à celle de la maladie d'Alzheimer, entité clinique isolée jusqu'à lors (Magnié & Thomas, 1997).

Depuis les années soixante-dix les progrès de la science médicale ont contribué à l'avancée de la connaissance des pathologies de type démentiel. De plus, l'accroissement de l'espérance de vie en fait un problème de santé publique tous les jours plus préoccupant. C'est ainsi qu'en 1997, l'on ne dénombrait pas moins de 150 articles traitant des démences ainsi que du vieillissement cérébral normal et pathologique paraissant mensuellement dans la littérature scientifique (Magnié & Thomas, 1997).

-2- Définitions :

Depuis Pinel et Esquirol, la nosographie des démences s'est considérablement enrichie, rendant indispensable l'harmonisation des différentes nomenclatures psychiatriques afin d'adopter un langage commun notamment pour les études épidémiologiques à grande échelle et dans les règles de prescription des psychotropes.

En ce qui concerne le concept de démence, ses limites demeurent encore imprécises et selon le niveau d'observation auquel on se place (séméiologique, lésionnel ou étiopathogénique). Aucune classification ne semble pouvoir être établie de façon parfaitement consensuelle.

Les définitions et classifications faisant appel à des critères d'ordre clinique feront ici l'objet d'attentions particulières dans la mesure où, tenant compte du retentissement du phénomène pathologique sur les compétences, le comportement et l'affectivité du patient sans référence à une étiologie, elles décrivent des caractéristiques pouvant faire l'objet d'une évaluation psychométrique notamment par le « Test du Dessin du Personnage ».

Dans cette perspective, la démence peut être définie comme étant un état d'affaiblissement intellectuel global, acquis et progressif, plus ou moins irréversible (Guelfi et al., 1987). Les troubles proviennent d'un dysfonctionnement cérébral et concernent différents secteurs des aptitudes mentales tant dans le domaine mnésique que cognitif (Cummings & Benson, 1983). Ces déficits, acquis, perturbent de manière conséquente la vie affective, relationnelle, sociale et professionnelle et conduisent à la limitation de l'autonomie tout en réduisant les facultés d'adaptation du sujet.

Le terme de démence sous-entendant de manière implicite les notions d'incurabilité et d'évolution péjorative, lui substituer celui de « syndrome démentiel » (Small & Jarvik, 1983) permet d'accepter toutes les étiologies y compris non organiques. Cette appellation efface toute ambiguïté et permet d'envisager l'hypothèse d'une cause curable (Clément, 1998).

La définition du syndrome démentiel repose sur des arguments cliniques. Ceux-ci ont été énoncés diversement au travers de classifications. Les plus couramment utilisées dans le domaine de l'épidémiologie ainsi que de la recherche clinique et thérapeutique sont celles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [la Classification Internationale des Maladies, dixième édition (CIM-10)], et de l'American Psychiatry Association (APA) [le Manuel Diagnostic et Statistique, en particulier dans la révision de la troisième édition (DSM III-R) en 1987 et dans la quatrième édition (DSM IV) en 1994].

Dans la CIM-10 (OMS, 1993), le syndrome démentiel apparaît comme « un syndrome dû à une affection cérébrale habituellement chronique et progressive, caractérisé par la perturbation de nombreuses fonctions corticales supérieures telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement ». Ce syndrome « ne s'accompagne pas d'un obscurcissement de la conscience », ce qui le distingue de la confusion mentale. En outre « les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation ». « Le syndrome survient dans la maladie d'Alzheimer, dans les maladies vasculaires cérébrales et dans d'autres affections qui touchent le cerveau primitivement ou secondairement ».

Le diagnostic repose essentiellement sur « la présence d'une altération de la mémoire et de l'idéation suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours ». Cette altération marque un déclin par rapport au niveau antérieur du sujet. « L'altération de la mémoire porte typiquement sur l'acquisition, le stockage et le recouvrement des informations nouvelles. Les souvenirs anciens et personnels peuvent également être oubliés, particulièrement dans les formes évoluées ».

« Une démence ne se limite pas à un affaiblissement de la mémoire : l'idéation et la capacité de raisonnement sont également altérées et la fluidité idéique est diminuée. Le traitement des informations est altéré dans la mesure où le sujet éprouve des difficultés croissantes à fixer son attention sur plusieurs stimuli à la fois ; (...) il lui est également difficile de passer d'un sujet à un autre ».

Une notion importante est précisée pour l'affirmation du diagnostic : les troubles et symptômes doivent être présents depuis au moins six mois, éliminant l'hypothèse d'un état réversible produisant des symptômes comportementaux similaires (en l'occurrence une confusion mentale). La CIM-10 reconnaît cependant la possibilité qu'un syndrome confusionnel vienne émailler l'évolution d'une démence.

De plus, figurent parmi les diagnostics différentiels aux côtés du delirium, les états dépressifs, le retard mental, les troubles mentaux iatrogènes et le fonctionnement cognitif subnormal imputable à des carences affectives ou éducatives.

Dans le DSM III-R (APA, 1987), les critères diagnostiques se composent de trois éléments principaux : une altération de la mémoire à court et à long terme, d'autres troubles des fonctions mentales (dont l'altération de la pensée abstraite, du jugement, de fonctions supérieures telles que le langage et le savoir-faire, et de la personnalité). Enfin, ces troubles doivent avoir des répercussions sur la vie socio-professionnelle. Le DSM III-R insiste sur le fait que pour être attribuables à une démence, les troubles ne doivent pas survenir dans le contexte d'une confusion mentale ou d'un épisode dépressif majeur.

Dans le DSM IV (APA, 1994), certaines modifications ont été apportées. Sous l'influence du développement de la psychiatrie biologique, les termes de syndrome ou de trouble mental organique ont disparu car ils semblaient impliquer que les troubles mentaux « non organiques » n'ont pas de base biologique. Le syndrome démentiel est caractérisé par le

développement de multiples déficits cognitifs. L'altération de la mémoire étant constante, elle est assortie d'un ou plusieurs des troubles suivants : aphasie, apraxie, agnosie et troubles des fonctions exécutives (abstraction, planification, initiation, séquençage, organisation d'actes complexes). Représentant un déclin significatif par rapport au niveau antérieur du sujet, ces altérations l'affectent de manière considérable dans sa vie sociale et/ou occupationnelle.

Par contre, si comme précédemment les troubles ne peuvent être attribuables à un delirium ou à un état dépressif majeur, les modifications de la personnalité et les symptômes comportementaux et « psychiatriques » ne sont plus pris en compte.

-3- Classifications des états et syndromes démentiels :

Généralement, les classifications des états démentiels sont établies en référence au mécanisme étiopathogénique qui les sous-tend. D'autres modes de classification distinguent également d'une manière très schématique les processus primitifs et secondaires, curables et incurables, les démences préséniles (débutant avant un âge fixé arbitrairement à 65 ans) et séniles (débutant après 65 ans).

Un autre mode de classification peut être établi en prenant en compte la topographie lésionnelle et ses conséquences cliniques. En gardant à l'esprit les objectifs de l'évaluation cognitive réalisée au travers du « Test du Dessin du Personnage » cette approche demande à être quelque peu détaillée.

On distingue d'une manière globale : les démences en rapport avec une atteinte corticale (syndrome temporo-pariétal et fronto-temporal) et celles relevant d'une atteinte sous-corticale (Clément, 1998).

Il est courant de les opposer en disant que, dans les démences corticales l'individu a perdu ses outils et dans les démences sous-corticales il les conserve mais ne parvient plus à les utiliser.

- *Le syndrome temporo-pariétal* (atteinte corticale assez caractéristique de la maladie d'Alzheimer) associe essentiellement des troubles mnésiques, une perte des repères spatio-temporels, une réduction de l'efficience intellectuelle et des perturbations des fonctions

instrumentales. Ces troubles s'aggravent progressivement et sont assortis de symptômes comportementaux et psychiatriques.

La déficience mnésique concerne initialement les détails de la vie quotidienne et les faits récents. Elle s'accroît peu à peu pour affecter les souvenirs anciens jusqu'à aboutir à la disparition des souvenirs liés à l'histoire personnelle du sujet. A un stade ultime le patient devient incapable de reconnaître ses proches et lui-même.

La perte des repères temporels est la plus précoce. Elle aboutit à un véritable bouleversement des repères chronologiques du patient pour qui le passé et le présent se confondent. La désorientation spatiale progresse elle aussi inéluctablement depuis l'incapacité pour l'individu d'intégrer la géographie de lieux nouveaux jusqu'à ce qu'il devienne incapable de se retrouver dans les lieux les plus familiers (notamment son domicile).

Les troubles de l'efficience cognitive concernent les capacités de jugement, les facultés attentionnelles et de concentration, l'aptitude à développer des stratégies d'adaptation en réponse à des situations nouvelles.

L'atteinte des fonctions instrumentales regroupe celles du langage, de la reconnaissance et du savoir-faire.

Dans ce contexte déficitaire sont très fréquemment observés des troubles du caractère (irritabilité, agressivité ou bien à l'inverse apathie), du comportement (fugues ou errance), une dépressivité de l'humeur et parfois des phénomènes délirants...

- *Le syndrome fronto-temporal* réalise un tableau clinique relativement homogène (Neary et al., 1988). Son début est insidieux et l'évolution est lente. Les troubles débutent par une négligence personnelle qui fait place à une euphorie, une désinhibition, une perte de la flexibilité mentale et une impulsivité qui retentissent de manière considérable sur les relations à autrui. Celles-ci sont marquées par l'abolition des convenances sociales. Parallèlement, les conduites alimentaires sont perturbées avec en particulier une gloutonnerie. Puis les conduites deviennent répétitives et stéréotypées, coexistant avec la disparition de toute spontanéité, l'indifférence et la distractibilité. Contrastant avec cette symptomatologie s'exprimant essentiellement dans le registre comportemental, les facultés d'orientation, mnésiques, phasiques et praxiques sont longtemps préservées (Lund et al., 1994). Des signes neurologiques (extrapyramidaux notamment) peuvent s'y associer.

Le syndrome fronto-temporal est caractéristique de la maladie de Pick. Il s'observe également dans la maladie du motoneurone et dans les dégénérescences aspécifiques de lobes frontaux et temporaux.

- *Le syndrome sous-cortical* peut être assimilé quant à lui à une maladie de l'anticipation (Pfitzenmeyer et al., 1997). En effet le tableau clinique est dominé par l'aboulie, la lenteur d'idéation, l'apathie, les troubles de la mémoire (de rappel essentiellement) et certains éléments constitutifs du syndrome dysexécutif frontal (dissociation entre la volition et l'exécution de l'action elle-même).

Il est typique du groupe des démences dégénératives sous-corticales s'exprimant en particulier au cours de l'évolution de la maladie de Parkinson, de la paralysie supranucléaire progressive ou de la chorée de Huntington (Cummings, 1986).

En réalité, les formes pures sont rarement observées. On estime que la maladie et les démences de type Alzheimer représentent 60 à 70% des démences. Toutefois, dans 12 à 35% des démences autopsiées (Roman, 1987) on retrouve l'existence d'un facteur vasculaire surajouté (lié à une hypertension artérielle, à une angiopathie diabétique ou à des troubles cardiovasculaires) réalisant ainsi une atteinte corticale par infarctus multiples ou sous-corticale par maladie de Binswanger (Clément, 1998). D'autre part, l'hétérogénéité clinique et évolutive des démences n'autorise pas toujours une corrélation franche entre la symptomatologie observée et une zone lésionnelle (Joanette et al., 1992). Enfin, l'examen anatomopathologique post-mortem, rarement effectué, ne montre pas toujours des lésions pariétotemporales dans les cas de maladie d'Alzheimer mais plutôt une combinaison d'atteintes plurifocales (Scheltens et al., 1993) et certaines démences d'allure frontale sur le plan clinique ne présentent pas de lésions spécifiques à l'examen neuropathologique (Knopman et al., 1990).

-4- Données épidémiologiques :

Comme pour la dépression, les données épidémiologiques concernant la prévalence des démences sont hétérogènes. En effet, les critères diagnostiques utilisés dans les enquêtes sont variables en fonction des classifications adoptées. De plus, il apparaît difficile de donner

une estimation précise des démences débutantes car elles échappent pendant longtemps au dépistage car les troubles ne retentissent pas suffisamment sur le comportement et la vie sociale du sujet pour le conduire à consulter. Ce sont donc essentiellement les formes modérées et sévères qui sont comptabilisées.

D'une manière globale, on estime à 5% la prévalence des démences diagnostiquées au delà de l'âge de 65 ans, ce qui représentait approximativement 400 000 sujets déments en France en 1990. L'extrapolation de ces chiffres en tenant compte des formes légères donne une approximation de la prévalence de l'ordre de 20% tous stades confondus (Ferrey & Le Goues, 1995).

La prévalence des états démentiels varie de manière considérable en fonction des tranches d'âges considérées, avec un accroissement proportionnel à l'avancée en âge : 10% vers 70 ans, 20% vers 80 ans et 35% entre 85 et 90 ans (Ferrey & Le Goues, 1995). L'étude européenne EURODERM donne des résultats moins alarmants en fonction des tranches d'âges : 60-64 ans : 1.0%, 65-69 ans : 1.4%, 70-74 : 4.1%, 75-79 ans : 5.7%, 80-84 ans : 13.0%, 85-89 ans : 21.6% et 90-94 ans : 32.2% (Hofman et al., 1991 ; Launer, 1992).

Avec l'augmentation de l'espérance de vie ces chiffres seront rapidement délétères et, en prenant l'exemple des démences de type Alzheimer, il est attendu un accroissement de 26% entre 1990 et 2000, de 26% également entre 2000 et 2010 et de 33% entre 2010 et 2020 (Ritchie & Robine, 1994). Dans le même ordre d'idées, l'augmentation de 58% du nombre d'individus de plus de 60 ans en France d'ici à 2020 entraînera une augmentation de la prévalence des démences estimée à 89% (Ritchie, 1995).

L'incidence annuelle des démences est encore plus difficile à apprécier, les études longitudinales étant seules à pouvoir les évaluer convenablement (Alperovitch, 1991). Ces études font l'objet d'une négligence relative en épidémiologie psychiatrique bien que leur importance dans le cas des démences soit considérable puisque la prévalence de la maladie est étroitement corrélée à la durée de survie (Paykel et al., 1994).

On estime ainsi à 15 pour mille nouveaux cas par an l'incidence des démences toutes tranches d'âges confondues au delà de 60 ans. Cette incidence s'élève avec l'âge, passant de

0.6 pour mille entre 55 et 60 ans à 1 pour mille à 60 ans, 4 pour mille entre 60 et 70 ans et 4% entre 80 et 90 ans (Ferrey & Le Goues, 1995 ; Hauw et al., 1986). Il est à remarquer qu'au delà de 90 ans, l'incidence n'augmenterait plus (Ferrey & Le Goues, 1995).

-5- Approche psychopathologique des démences :

Depuis Bayle, qui en 1922 démontra l'origine cérébrale des démences, de nombreux travaux ont permis d'identifier l'existence de lésions spécifiques. Grâce aux apports des techniques modernes en matière de neuropathologie et de biologie moléculaire notamment, ces lésions sont de mieux en mieux caractérisées.

Dans une perspective thérapeutique, de multiples voies de recherche s'orientent vers l'étude des mécanismes physiopathologiques qui sous-tendent leur apparition, essentiellement dans le domaine des processus dégénératifs.

Diverses théories s'affrontent, soulèvent des controverses, laissant imaginer une origine multifactorielle à la maladie.

Il n'est évidemment pas question de remettre ici en cause ces différentes théories, qu'elles soient neurochimiques, immunologiques, inflammatoires, génétiques, toxiques, virales, vasculaires ou autres, bien qu'il soit difficile d'établir une distinction entre les causes et les conséquences. Une alternative à ces théories « organicistes » semble être celles qui attribuent une origine psychogène au processus démentiel, celui-ci survenant sur un terrain prédisposant.

Pour Tessier et Léger (1987), la démence et son évolution relèvent d'une causalité complexe où interviennent des déficits variés, l'histoire de la personnalité, l'influence du milieu socio-culturel, les conditions matérielles de l'environnement, la sexualité, le problème de l'identité et l'approche de la mort. Selon eux, il s'agirait de considérer la démence non pas comme un processus de destructuration mais plutôt comme un mode d'organisation (Tessier & Léger, 1985).

Pour certains, la démence a valeur de mécanisme de défense contre l'angoisse éprouvée devant la mort.

Cette conception a conduit Maisondieu et al. (1982) à considérer la démence comme une dernière carapace avant la mort, comme un effacement actif de l'individualité pour préserver l'image idéalisée.

Selon Ploton et Simeone (1988), la démence serait une défense contre la mort, ou contre la peur de la mort, durant un processus de vieillissement vécu comme une persécution. Le Moi éclaterait pour ne plus exister et ne plus éprouver cette souffrance intolérable.

Pour d'autres auteurs, la démence correspondrait à une « maladie du narcissisme ».

Le sujet développant une démence serait celui qui n'a pu procéder à des remaniements économiques l'aidant à lutter contre la vieillesse. Ce serait l'incapacité à métaboliser l'atteinte narcissique au travers d'une dépression qui induirait la détérioration intellectuelle (Ballier, 1979).

Péruchon (1988) intègre la démence dans un « continuum dépressif chronologique » comprenant en premier lieu le deuil (qui permet l'élaboration mentale et la restauration narcissique), la dépression (qui naît de l'échec du deuil), la mélancolie (dépression échouée caractérisée par la « pérennisation de l'objet » dans le Moi) et enfin la démence : échec de la mélancolie et en deçà de tout processus introjectif possible. Pour elle, il est possible de considérer la démence comme une défense, certes inefficace et paradoxale, contre la survenue de traumatismes non mentalisables, contre la douleur psychique et contre la dépression et le deuil.

Dans le même courant de pensée, Clément et Léger (1992), comme Pélicier (1985), suspectent l'évolution de notre société moderne de provoquer la défaillance narcissique des personnes âgées et de créer un ensemble de circonstances favorables à l'effondrement de leur personnalité en supprimant le rôle attribué autrefois aux « anciens ».

La maladie démentielle peut également être envisagée sous l'angle d'une « maladie de la perte et de la dépendance » survenant sur un terrain psychologique prédisposant.

Myslinski (1994) voit effectivement en la démence une « maladie de la dépendance » se développant à l'occasion de la disparition de l'objet étayant ou de circonstances mettant l'individu face au risque de cette perte. Selon elle, un des mécanismes déterminants dans la

décompensation démentielle est le refoulement échoué de la mort parentale et en particulier maternelle, laquelle se trouve réactivée par celle (crainte ou effective) de l'objet-étayant (Myslinski, 1994).

Dans la même optique, Charazac (1996) observe que nombre de pathologies mentales émergeant avec la sénescence se développent à l'occasion de pertes actuelles venant réactualiser des deuils anciens restés non élaborés.

Bergeret (1974) remarquait quant à lui que la décompensation démentielle survenait préférentiellement chez des sujets dont la personnalité était antérieurement évocatrice d'un « état-limite ». Chez eux, qui avaient mené une vie d'adulte qualifiable « d'hypernormale », la sénescence elle-même ou un événement traumatisant les mettent face à une situation de perte que leurs ressources actuelles ne peuvent combler. Le fragile équilibre dans lequel ils étaient parvenus à se maintenir jusqu'alors se rompt. Ils se retrouvent soumis à une angoisse suraiguë dont la seule issue est la mort subite, une décompensation somatique ou la démence.

Cette décompensation survient aussi lorsque la construction psychique du sujet était fragilisée par une névrose ou qu'il est (ou fut) soumis à de violents traumatismes existentiels (Bertrand, 1987 ; Le Goues, 1985). Soutenant cette hypothèse, Thomé (1991) constate qu'à l'origine de la maladie on repère fréquemment un événement ou une situation stressante (perte ou modification environnementale) provoquant une douleur tellement intolérable pour le sujet qu'elle ne peut faire l'objet d'une élaboration mentale suffisante pour plonger l'individu dans une réaction dépressive autorisant un travail de deuil efficace. L'auteur souligne également le risque représenté par les modifications relationnelles de tous ordres, lesquelles suscitent chez le sujet fragilisé sur le plan narcissique la sensation d'être mis en péril par une situation qui vient bouleverser un équilibre précaire maintenu au prix d'efforts surhumains. A ce moment-là, ses facultés d'adaptation étant débordées, il n'a d'autre solution que de sombrer dans la démence.

Une autre hypothèse est celle d'une dépression de désinvestissement du sujet âgé qui se retire d'un monde dans lequel il ne parvient à trouver sa place (Thomé-Renault, 1994).

Ces considérations sont à rapprocher de celles de Maisondieu (1986) et de Pédinielli et al. (1987).

En effet, établissant une analogie entre les troubles affectifs observés dans les démences et les psychoses, Pédinielli (1987) retrouve, outre le désinvestissement du monde extérieur, le déni de la réalité et une tentative de reconstruction du monde.

Selon Grosclaude (1987, 1989), la démence peut être considérée comme une « maladie de la séparation » venant mettre à l'abri l'individu des souffrances d'une nouvelle séparation qui réactualiserait l'expérience de souffrances anciennes subies lors de séparations vécues antérieurement (et en particulier dans l'enfance) dont il conserverait les stigmates du fait de leur élaboration inadéquate. La démence s'inscrirait alors dans un processus de catastrophe identitaire dont l'unique objectif est la préservation de la vie (Grosclaude, 1993).

Au vu des conceptions précédemment relatées, il apparaît que la notion de décompensation est omniprésente. Elle survient dans le contexte d'une crise existentielle représentée par la vieillesse. Celle-ci impose à l'être humain d'innombrables bouleversements par les pertes en tous genres auxquelles elle le soumet, lui qui avait jusqu'à lors réussi à se maintenir dans un relatif équilibre malgré toutes ses expériences douloureuses. Il aborde cette ultime période de sa vie, la plus coûteuse sur le plan psychique, avec des ressources considérablement appauvries et ne peut qu'assister à l'effondrement de ses dernières barrières pour finalement perdre conscience, s'égarer et se débattre dans un monde où se confondent et s'affrontent le passé, le présent, l'imaginaire et la réalité.

Au coeur de la problématique démentielle, s'il est une question incontournable cela semble bien être celle de l'existence d'un lien entre démences et affections psychosomatiques (Léger & Clément, 1991).

Dans cette perspective, la démence surviendrait au delà d'un certain seuil de vieillissement comme une décompensation psychopathologique chez un sujet fragilisé, au narcissisme défaillant, dont les ressources adaptatives sont émoussées.

Il serait alors incapable de réagir à des événements traumatisants d'un point de vue psychoaffectif par une réaction dépressive suffisamment mentalisée (lui permettant de réaliser un travail de deuil efficace, de se restaurer sur un plan narcissique) et se retrouverait ainsi projeté dans une dynamique morbide aboutissant à sa démentalisation.

Ce processus correspondrait à une décompensation d'ordre psychosomatique affectant les structures cérébrales et conduisant à la formation de lésions neurologiques dégénératives.

Une telle approche de la maladie démentielle est en accord avec les théories psychosomatiques. Ces dernières trouvent leur fondement dans un principe couramment admis par l'ensemble du corpus médical pour de nombreuses affections dont l'origine psychogène est étayée par les constatations découlant de la pratique clinique quotidienne. Il consiste en la reconnaissance de facteurs psychologiques jouant un rôle déterminant dans la genèse et l'entretien d'une maladie organique (c'est-à-dire pour laquelle des lésions sont observables).

Pour Péruchon (1983), il subsiste néanmoins une différence notable entre le sujet « psychosomatique » et le sujet dément. Chez le premier il existe un clivage entre psyché et soma qui conduit au verrouillage de l'accès psychique aux représentations douloureuses ; celles-ci se retrouvent alors transférées vers le corps permettant ainsi à la psyché de rester intégrée et épargnant à l'individu une mort psychique quelle que soit son expression. Par contre, chez le sujet dément il y a échec dans la tentative de ce clivage.

Les affections psychosomatiques se développeraient plus volontiers sur un « terrain » psychologique particulier caractérisé par l'existence d'une pensée et d'un mode de vie « opératoires » (Marty & M'Uzan, 1963) à rapprocher du concept d'alexithymie proposé par Sifneos (1972).

En tant qu'incapacité pour le sujet de procéder à une mentalisation de ses émotions, l'alexithymie est sous-tendue par de graves anomalies de l'appareil psychique s'exprimant dans le registre des représentations mentales, de la vie fantasmatique et des facultés de symbolisation.

Selon Marty (1990), c'est le préconscient qui constitue la plaque tournante de l'économie psychosomatique et c'est son « manque d'épaisseur », la pauvreté des représentations et des relations entre celles existantes, qui expose le sujet à développer une pathologie somatique. A l'inverse, plus les représentations sont nombreuses et en permanence liées entre elles, plus la pathologie éventuelle risque de s'exprimer dans un registre mental. Ces caractéristiques constituent le dénominateur commun entre les individus ayant un mode de pensée opératoire et les alexithymiques.

En 1949 déjà, Mac Lean (comme Nemiah, 1977) émettait, dans une conception neuroanatomique, les hypothèses d'une anomalie des connections verticales entre système

limbique (siège hypothétique des émotions) et néocortex (siège hypothétique du langage et de l'intellect proprement dits) et de l'existence d'une voie parallèle de traitement des émotions chez les sujets à risque d'affections psychosomatiques. Chez eux en effet, ne pouvant être traitées par le néocortex, les informations emprunteraient une voie de décharge autonome et non verbale régulée par des structures plus primitives dont le système limbique et l'hippocampe (structures cérébrales situées en première ligne dans le processus pathologique démentiel). Dans ce cas, à défaut d'être mentalisées, de trouver une expression symbolique au travers des mots avec un comportement adéquat en réponse, les émotions seraient transformées en une sorte de « langage d'organe ». Un autre modèle explicatif de l'alexithymie repose sur l'existence hypothétique d'une « commissurotomie fonctionnelle » entre les deux hémisphères (Hoppe & Bogen, 1977).

Dans un tel contexte prémorbide, la survenue d'un événement traumatisant vient bouleverser un équilibre psychique précaire n'offrant pas d'issue adaptative adéquate. Le sujet se trouve donc face à cette situation critique avec un dispositif de mentalisation inopérant (ou tout du moins insuffisant), sans moyen de procéder à un travail de restauration narcissique de qualité par le biais d'une dépression « efficace ». La seule échappatoire est la « corporalisation » du traumatisme, l'éclosion d'une maladie somatique. Il aurait préalablement provoqué une réaction dépressive qualifiable « d'essentielle » car marquée par une expression clinique particulièrement pauvre où les symptômes positifs et mentaux (caractérisant habituellement la dépression) font défaut (Marty, 1991). Ils font place à une réduction du tonus vital, une indifférence affective, une absence d'anxiété, une incurie, une dévitalisation des mécanismes relationnels (Chebili, 1992) et contrastent avec la poursuite des activités antérieures sans toutefois que s'y expriment les désirs. Cette présentation clinique particulièrement pauvre empêche son identification de la part du médecin, de l'entourage et du patient lui-même. Cependant, la dépression essentielle ne constitue pas moins qu'une mise en souffrance de l'individu s'imprimant de manière pernicieuse et durable au plus profond de son être.

« La démence apparaîtrait alors comme l'enfouissement dans le soma d'un profond et définitif affect dépressif qui aurait trop longtemps marqué le sujet de son empreinte » (Clément, 1998). A ce sujet, on peut remarquer que dans les démences, comme dans le cas des maladies psychosomatiques, on assiste généralement à une dépression « essentielle » préalable (Clément, 1998).

Les théories accordant une origine psychogène à la démence conduisent à imaginer que le processus pathologique représente donc la somatisation ultime car il vient affecter l'organe qui est le support même de la pensée « intelligente » et consciente. Cette atteinte présente une ambiguïté puisque si elle a pour but de mettre l'individu à l'abri d'une confrontation à la réalité, elle vient également détruire ce qu'il a de plus précieux en le déshumanisant.

La démence serait donc la sanction d'une dépression échouée car inapte à assurer la reconstruction du sujet après une agression psychique particulièrement intolérable, non « métabolisable » par son appareil mental défaillant (car étant lui-même structuré au travers des piètres « colmatages » de traumatismes anciens).

De nouvelles agressions, parfois la confrontation à la réalité de la vieillesse elle-même, viendront bouleverser d'une manière trop profonde les fondements de l'existence à une époque de la vie où les concessions à la réalité sont si coûteuses. Ces événements traumatisants, même mineurs en apparence, constituent donc des situations de rupture avec un ordre établi de longue date, fragile, dont la remise en cause n'a jamais pu être évoquée. Il s'agira dans bien des cas de la perte ou de la maladie d'un être cher (conjoint ou enfant). Parfois aussi, ce seront des modifications survenant dans le système relationnel du sujet ; un appauvrissement (perte des proches, amoindrissement du réseau amical et des relations sociales, séparation, notamment lors des changements de lieu ou de mode de vie) ou au contraire un rapprochement qui expose le patient à la crainte d'une intrusion (mise à la retraite de lui-même ou de son conjoint, dépendance à autrui induite par exemple par un handicap physique, vie en collectivité ou chez les enfants, ...).

Il reste enfin à souligner que ces hypothèses psychogénétiques ne viennent en aucun cas remettre en question les autres théories.

En effet, elles n'excluent pas l'éventualité d'un déterminisme génétique suspect de constituer un terrain prédisposant à la décompensation démentielle. De même, des facteurs biochimiques, immunitaires, inflammatoires, vasculaires ou toxiques peuvent également jouer un rôle dans les démences bien que la distinction entre les causes et les conséquences ne soit pas clairement établie.

-C- Relations entre démences et dépressions :

Loin d'être deux affections distinctes l'une de l'autre, les démences et les dépressions sont unies par des liens d'une grande complexité.

Pendant longtemps, les rapports existant entre ces deux syndromes psychiatriques furent envisagés sous l'angle exclusif du diagnostic différentiel. Aux côtés de cette conception qualifiée par Dérouesné (1996) de « catégorielle », se dessinent d'autres approches prenant en compte l'existence de troubles dépressifs émaillant le cours évolutif des démences et surtout celle, beaucoup plus récente, proposant l'existence d'une continuité entre dépression et démence.

-1- Difficultés du diagnostic différentiel entre démences et dépressions, les dépressions pseudo-démentielles et démences pseudo-dépressives :

Dans son exercice quotidien, le praticien est souvent confronté à une question difficile à résoudre. Le patient est-il engagé dans une démence ou bien n'est-il pas « simplement » déprimé ? Selon la réponse, la prise en charge et le pronostic seront radicalement différents. Le risque majeur est de se résigner à la première hypothèse et de priver le patient d'un traitement antidépresseur qui pourrait lui permettre de retrouver au moins en partie de ses facultés intellectuelles.

Jusqu'à une époque récente en effet, seule la dépression était justiciable d'un traitement spécifique d'une efficacité reconnue.

La démence étant synonyme d'incurabilité, si elle ne conduisait pas systématiquement à une attitude démissionnaire de la part du praticien, celui-ci ne pouvait proposer qu'une thérapeutique palliative des troubles comportementaux qui en émaillaient l'évolution.

Dans ce contexte, la démarche consistant en un diagnostic par excès du trouble dépressif avec un recours à un traitement antidépresseur « d'épreuve », véritable test diagnostic et thérapeutique pouvait sembler pertinente.

Désormais, avec l'apparition de nouvelles molécules supposées avoir une action promnésiante et en prenant en compte l'effet potentiellement aggravant de certains antidépresseurs sur les troubles cognitifs (Dérouesné, 1996) cette conception est délétère.

Si, d'un point de vue séméiologique, il est possible de constater un certain nombre de similitudes entre les syndromes dépressif et démentiel (ces symptômes ne relevant cependant pas nécessairement de la même causalité), leurs caractéristiques sont toutefois sensiblement différentes et n'évoluent pas dans le même contexte, ce qui permet à l'observateur éclairé de les attribuer à l'une ou l'autre étiologie.

Il est cependant deux situations où le diagnostic est difficile à établir. Dans la première, la dépression mime une symptomatologie démentielle et dans la seconde, c'est la démence qui revêt l'apparence d'une dépression.

-a- Similitudes entre démences et dépressions, les arguments du diagnostic différentiel :

Dérouesné (1996) décrit un certain nombre de similitudes et de nuances dans la symptomatologie clinique de ces deux affections mentales.

En premier lieu, le motif de la consultation initiale est habituellement un trouble de la mémoire et c'est dès cette première entrevue que le clinicien trouvera des éléments d'orientation.

Le patient déprimé consulte le plus souvent seul et de sa propre initiative. La plainte mnésique occupe le devant de la scène mais, si l'entretien ne le dirige pas d'emblée sur les caractères de ses troubles de la mémoire, il avoue rapidement d'autres symptômes tels qu'une asthénie globale, une anxiété, et surtout des plaintes somatiques, des céphalées. Les troubles de la mémoire relèvent quant à eux plutôt de difficultés attentionnelles et concernent donc plus volontiers la rétention d'informations. Celle-ci lui demande des efforts de concentration et d'attention (mécanismes typiquement altérés par l'asthénie psychique qui caractérise la plupart des états dépressifs). De plus, les souvenirs désagréables ou douloureux sont préservés alors que ce sont les plus agréables qui sont oubliés, rendant compte de la tonalité dépressive de l'humeur.

Le patient souffrant d'une démence est quant à lui accompagné de sa famille et c'est cette dernière qui a généralement été à l'origine de la consultation. C'est à un stade précoce de la maladie que le diagnostic différentiel est le plus difficile à réaliser. Plus tard, les déficits cognitifs et les troubles comportementaux apportent une contribution prépondérante au diagnostic positif du trouble démentiel. L'entourage a constaté les difficultés au travers d'oublis répétés, parfois d'un comportement à l'évidence inadapté. Et, à l'inverse du sujet déprimé, le patient dément minimise ses troubles mnésiques et leurs conséquences. Cependant, l'entretien révèle des erreurs grossières. Le sujet peut également fournir des réponses délibérément laconiques ou imprécises évitant ainsi de se mettre en difficulté, ou bien il fera appel à la personne qui l'accompagne apporter des réponses qu'il ne peut fournir.

Associées aux troubles mnésiques, les modifications comportementales sont d'un grand intérêt pour le diagnostic différentiel.

Dans certains cas, elles sont évidentes ou alléguées spontanément par le patient ou son entourage, mais parfois elles se font plus discrètes. Dans tous les cas, elles devront être recherchées et caractérisées avec précision à cause de leur grande valeur contributive.

Dans le syndrome démentiel comme dans la dépression s'observent un ralentissement psychomoteur, une asthénie physique, une apathie, un désintérêt pour des activités jusqu'à présent bien investies, une anhédonie, des difficultés de concentration et d'attention entraînant une réduction de l'activité. Celle-ci coexiste généralement avec des perturbations s'exprimant dans les registres émotionnel et affectif.

Il existe néanmoins des nuances.

Dans la dépression, l'anhédonie et la perte d'intérêt sont globales alors que le sujet dément manifeste longtemps après le début de sa maladie de l'intérêt et du plaisir pour des activités plus ou moins complexes, mais dont la valeur affective est élevée (par exemple l'alimentation ou les visites de sa famille).

Le ralentissement psychomoteur qui accompagne la dépression est lui aussi global à l'inverse de celui de la démence de la maladie d'Alzheimer qui semble ne s'exprimer que lorsque le sujet est soumis à des efforts intellectuels ou des activités dépassant ses compétences. Lorsque le ralentissement qui accompagne le syndrome démentiel est plus diffus, il est souvent révélateur d'une pathologie associée (notamment une dépression ou une affection organique) ou bien d'une atteinte sous-corticale.

La dysthymie est caractérisée par une constance de l'humeur dépressive alors que celle du sujet dément est labile.

L'anorexie et l'insomnie sont habituellement considérés comme des signes cardinaux de la dépression. Ils doivent être distingués des troubles de l'alimentation et du sommeil induits par l'altération cognitive (perte des repères spatio-temporels, atteinte des fonctions praxiques ...) constitutive des états démentiels évolués donc théoriquement plus faciles à diagnostiquer.

Enfin, les idées de déchéance, de ruine ou de culpabilité, les idées suicidaires orientent d'emblée vers une dépression car elles ne s'intègrent pas d'une manière typique dans le syndrome démentiel.

-b- Dépressions d'allure démentielle : les dépressions pseudo-démentielles :

5 à 15 % des sujets ayant fait l'objet d'un diagnostic initial de démence souffrent en réalité d'une dépression (Feinberg & Goodman, 1984).

La confusion réside dans le fait que dans cette forme clinique le tableau est dominé par des symptômes habituellement évocateurs d'une démence.

Les troubles cognitifs ainsi que les déficits mnésiques occupent le devant de la scène.

Par ailleurs, les symptômes dépressifs typiques sont absents ou bien, s'ils existent, certains sont compatibles avec le diagnostic d'un état démentiel (comme par exemple l'apragmatisme, le désinvestissement, le ralentissement psychomoteur et les troubles de la concentration) ou encore peuvent passer, et c'est peut-être un moindre mal, pour une réaction dépressive accompagnant la perte des capacités intellectuelles.

Le diagnostic d'une dépression pseudo-démentielle est souvent fait grâce à un traitement antidépresseur d'épreuve qui permet d'observer une amélioration de la symptomatologie déficitaire.

On signalera toutefois que cette forme clinique peut résister aux thérapeutiques antidépressives usuelles, justifiant dans certains cas le recours à l'électroconvulsivothérapie (Ferrey & Le Goues, 1995 ; Clément, 1998).

Malgré le traitement, les troubles cognitifs persistent parfois, ou bien, lorsqu'une amélioration est constatée dans un premier temps, l'évolution à moyen terme est défavorable avec une réapparition et une pérennisation des déficits. Comme dans les syndromes démentiels potentiellement réversibles, c'est la précocité avec laquelle le traitement est appliqué qui rend meilleur le pronostic (Martineau et al., 1986).

Devant les difficultés posées par le diagnostic différentiel entre dépression pseudodémentielle et démence véritable et en raison de l'intérêt d'un diagnostic précoce pour le traitement, différents auteurs ont proposé des critères cliniques discriminatifs.

En 1979, Wells en identifiait 22 portant sur les doléances du patient, sur la nature de l'affaiblissement intellectuel et les modifications comportementales ainsi que sur les modalités d'évolution. Fisman, en 1985, en a proposé 11.

D'autres auteurs (Caine, 1981 ; Azorin & Mattei, 1983 ; Donnet et al., 1993) ont tenté de recourir à des critères neuropsychologiques.

Danion et al. (1991) remarque que dans la démence de type Alzheimer, la mémoire implicite et la mémoire sémantique font l'objet d'une altération alors qu'elles sont préservées dans la dépression, de même que la mémoire indicée (Gil, 1995).

Pour le diagnostic différentiel, certains tests psychométriques peuvent apporter une aide considérable au clinicien, bien qu'aucun des instruments d'évaluation de la démence ou de la dépression disponibles à ce jour n'ait fait l'objet d'un validation pour cet usage (Clément, 1998).

Dans le domaine des examens complémentaires, les examens neurophysiologiques tels l'électroencéphalographie (en particulier l'enregistrement électroencéphalographique de sommeil) semblent avoir une valeur discriminative comme tendent à le prouver les travaux de Buysse et al. (1988), de Reynolds et al. (1985), de Donnet et al. (1989) ou de Bliwise et al. (1989). Les résultats de ces études sont hétérogènes mais les différences observées concernent essentiellement les paramètres tels que la latence d'apparition du sommeil paradoxal, le pourcentage de celui-ci et la précocité des éveils matinaux. Dérouesné (1996) signale la faible valeur de l'EEG standard contrairement à celle de l'EEG quantifié, celui-ci suggérant le

diagnostic d'une maladie d'Alzheimer lorsqu'il révèle un ralentissement de la fréquence moyenne postérieure et une diminution de la puissance alpha sur thêta.

L'étude des potentiels évoqués cognitifs peut également présenter un intérêt (Grapperon et al., 1994). En fait, la difficulté technique que représente la réalisation de cet examen le rend peu applicable en pratique courante.

-c- Démences se présentant comme une dépression : les démences pseudodépressives :

Le concept de démence pseudodépressive suggère que la démence adopte une symptomatologie évocatrice en premier lieu d'une état dépressif.

Il représenterait une forme de début de la maladie démentielle à distinguer des troubles dépressifs accompagnant un processus démentiel déjà engagé.

Les manifestations relatives au déficit intellectuel sont indécelables ou bien attribuées à tort à l'asthénie et au ralentissement psychomoteur généralement constitutifs de la dépression. A ce sujet, Ritchie (1995) a constaté en interrogeant l'entourage des patients débutant une démence que les modifications les plus fréquemment observées concernaient l'humeur dans 43% des cas contre 32% pour les troubles de la mémoire.

C'est donc souvent l'évolution qui permettra de confirmer la détérioration intellectuelle en laissant place à des signes plus évidents après quelques temps, parfois après une amélioration transitoire sous antidépresseurs (ceux-ci exerçant un effet bénéfique sur la composante authentiquement dépressive des troubles constatés initialement).

- L'éventualité d'une démence se manifestant à son début sous la forme d'une dépression incite donc à rechercher systématiquement un dysfonctionnement cognitif et à ne pas l'imputer au vieillissement physiologique chez les patients âgés paraissant déprimés.

-2- La dépression chez le sujet dément :

La pratique clinique conduit à remarquer l'existence de troubles dépressifs dans le cours de certaines démences.

Ils jouent le rôle de facteur aggravant en affectant de manière négative les performances et en retentissant défavorablement sur la qualité de vie des patients.

Pourtant, les données épidémiologiques concernant la dépression au cours de la démence sont extrêmement hétérogènes.

La prévalence varierait entre 0% (Knesevich et al., 1983) et 86% (Merriam et al., 1988). Une telle diversité dans les résultats provient de différents facteurs : avant tout de la population étudiée (patients hospitalisés en milieu psychiatrique, neurologique ou gériatrique ; vivant en institution ou à leur domicile, population générale), des instruments d'évaluation (critères diagnostiques de l'une et l'autre des affections ; échelles psychométriques, lesquelles ne font pas toujours l'objet d'une validation pour les patients déments). Elle tient également à la subjectivité des évaluateurs et de l'entourage des patients, ceux-ci utilisant souvent le terme de dépression pour expliquer les modifications comportementales du patient (Dérouesné, 1996).

D'une manière générale cependant, la majorité des études tend à rapporter la présence de symptômes dépressifs dans 30 à 50% des cas, y compris dans les démences très évoluées (Clément, 1998).

Au sujet des critères diagnostiques et de l'utilisation d'instruments d'évaluation de la dépression chez les patients déments, les avis sont partagés.

Pour certains, la symptomatologie démentielle interfère de manière suffisante avec celle de la dépression pour en contre-indiquer l'usage (elle modifie l'expression et l'élaboration du comportement dépressif) (Morstyn et al., 1982 ; Miller, 1980 ; Lazarus et al., 1987).

Dans ce contexte particulier, des critères diagnostiques propres aux sujets porteurs de lésions cérébrales tels que ceux définis par Ross & Rush (1981) sont applicables, de même que des outils d'évaluation spécifiques (Katona et al., 1985 ; Alexopoulos et al., 1988 ; Sunderland et al., 1988).

Pour d'autres auteurs au contraire, la présence d'une pathologie démentielle n'introduit aucun biais dans l'évaluation de la dépression (Bucht & Adolfson, 1983 ; Gottlieb et al., 1988).

La coexistence d'une dépression avec les troubles démentiels soulève un certain nombre d'hypothèses théoriques (Dérouesné, 1989 ; 1996).

La première hypothèse est que les deux syndromes sont indépendants et que leur coexistence est fortuite.

Dans ce cas, la prévalence de la dépression dans une population de sujets déments devrait être comparable à celle de la population générale de la même tranche d'âge.

Or, malgré la diversité des résultats, la majorité des données épidémiologiques tend à montrer un excès de dépression chez les sujets déments, ce qui laisse supposer qu'il existe bien une relation de causalité entre démence et dépression. Cette dernière remarque est à pondérer par le fait que l'incidence des troubles dépressifs est également augmentée chez tous les patients atteints d'une affection organique non cérébrale.

La seconde hypothèse est que la dépression est secondaire à la démence. Dans ce cas de figure, deux mécanismes sont à considérer.

On peut d'abord envisager la dépression comme étant réactionnelle aux troubles cognitifs. Pour certains auteurs (Reisberg et al., 1986 ; Raskin, 1987), la dépression surviendrait plus volontiers en début d'évolution de la démence, le sujet prenant conscience de l'état de perdition dans lequel il se trouve précipité. En fait, cette observation est controversée notamment par le fait que des dépressions réactionnelles sont aussi observées dans les démences sévères où les processus cognitifs sont plus altérés (Summerfield & Smellie, 1987) et également car l'anosognosie accompagne un certain nombre de démences dégénératives débutantes. Quoi qu'il en soit, il apparaît clairement que le sujet en proie à une démence subit de profonds bouleversements dans son équilibre psychique et en particulier dans ses mécanismes défensifs et adaptatifs. Les situations d'échec se multiplient, son rôle social et ses relations à autrui sont remaniées. Il vit cette situation de perte avec des ressources inopérantes. On conçoit donc que, dans un tel contexte, l'atteinte narcissique qui peut découler de la perception de ses déficiences le précipite dans la dépression. A côté de ces

facteurs liés au patient et à la nature même du syndrome démentiel, les facteurs environnementaux, en particulier les réactions de l'entourage familial à la maladie de leur proche, participent également à la genèse de l'état dépressif.

Le second mécanisme fait quant à lui référence aux modifications neurobiochimiques induites par le processus démentiel. La dépression est alors envisagée comme une dépression endogène sous-tendue par les lésions cérébrales induites elles-mêmes par la démence. Cette thèse est étayée par le fait que dans la maladie d'Alzheimer on observe des déficits des systèmes noradrénergiques eux-mêmes impliqués dans les dépressions (Liston et al., 1987). De plus, chez les patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer déprimés, on a démontré qu'il existe une atteinte plus sévère des systèmes catécholaminergiques au niveau hypothalamique (Sparks et al., 1988) et surtout des formations du tronc cérébral (Locus Niger et Locus Coeruleus) (Zubenko et al., 1988 ; Zweig et al., 1988). Il existe également une atteinte des systèmes sérotoninergiques (Yamamoto & Hirano, 1985 ; Volicer et al., 1985). En ce qui concerne les systèmes cholinergiques, les modifications observées dans les deux pathologies sont contradictoires puisqu'on assiste à un excès d'activité dans la dépression et un déficit dans les démences d'Alzheimer.

-3- Existence d'un continuum entre dépressions et démences :

Comme cela a déjà été envisagé précédemment, les liens unissant dépressions et démences sont extrêmement ténus.

Parmi eux il en est un qui, sans pour autant faire l'unanimité, présente un intérêt capital quant aux perspectives thérapeutiques qu'il laisse entrevoir. Il s'agit de l'existence d'une continuité entre dépression et démence.

La dépression constituerait donc à elle seule ou plus vraisemblablement en association avec d'autres facteurs prédisposants (notamment certains traits de personnalité, l'exposition à des événements de vie particulièrement traumatisants, voire une susceptibilité individuelle répondant à un déterminisme génétique) un état pathologique mettant le sujet dans la position de développer ultérieurement une démence.

Cette thèse trouve des arguments en sa faveur aussi bien parmi les tenants de la psychiatrie biologique que chez ceux, psychanalystes et systémiciens, qui envisagent les démences sous un angle psychodynamique.

Toutefois, une nuance prudente est à apporter dans la mesure où, si une continuité entre dépression et démence est souvent vérifiée par l'expérience de nombre de cliniciens, elle ne préjuge en rien de l'existence d'une relation de causalité entre les deux syndromes. La dépression peut également constituer un signe prodromique, révélateur d'un processus démentiel encore infraclinique quant à ses manifestations déficitaires.

Un certain nombre de données épidémiologiques viennent étayer les hypothèses précédentes.

Plusieurs études rapportent l'existence d'une fréquence accrue d'antécédents dépressifs chez les sujets qui développent une démence de type Alzheimer (Kral, 1983 ; French et al., 1985 ; Agbayewa, 1986 ; Shalat et al., 1987 ; Kral & Emery, 1989 ; Alexopoulos et al., 1993 ; Clément & Léger, 1994).

C'est ainsi que l'on peut considérer que par rapport à une population-témoin, les sujets âgés ayant des antécédents de dépression ont un risque de démence 3 à 5 fois plus élevé (French et al., 1985).

D'autres enquêtes tendent à démontrer par ailleurs que certains traits de personnalité abaisseraient le seuil de développement de la démence (Persson et al., 1991) et à suspecter l'existence de facteurs de risque psychosociaux (Persson & Skoog, 1996). En fait, le facteur de risque de démence le plus important serait la survenue d'une dépression après un certain seuil de vieillissement (>45 ans) (Clément & Léger, 1997).

Bien que ces données épidémiologiques soient d'une manière générale suffisamment éloquentes pour conforter l'opinion de nombreux cliniciens, il reste néanmoins à se poser la question de la place de la dépression dans la trajectoire du sujet devenu dément : prodrome, facteur associé ou facteur de risque (Clément & Léger, 1997) ?

Il semble difficile à l'heure actuelle d'y répondre avec certitude. Toutefois, si l'on se penche de nouveau sur les théories psychogénétiques il est tentant d'imaginer, comme Dérouesné (1996), que la démence constitue le dernier refuge contre la dépression.

Dans cette optique, et l'on en revient aux théories faisant référence à l'approche psychosomatique des processus démentiels, il convient d'accorder à la dépression dite « essentielle » du sujet âgé un rôle déterminant dans la constitution à plus ou moins long terme d'un état démentiel tout comme cela a déjà été proposé au sujet de la dépression pseudodémentielle. Des événements de vie traumatisants (y compris dans la petite enfance), des facteurs situationnels mettant à mal les ressources adaptatives amoindries de certains individus vieillissants tout comme une personnalité prémorbide « fragile » doivent faire l'objet d'une attention particulière. Ces facteurs exposent effectivement le sujet à une décompensation psychopathologique de type démentiel, survenant certes après un certain seuil de vieillissement et sans aucun doute sur un terrain particulier (répondant lui-même à des facteurs génétiques, immunitaires ou biologiques). La décompensation découle alors d'un état psychodynamique « bloqué » dans lequel les défenses et les mécanismes adaptatifs sont inopérants dans la mesure où, en réponse à la violence éprouvée du traumatisme, il est impossible pour le patient de procéder à une réaction dépressive suffisamment mentalisée qui lui permettrait de se restaurer narcissiquement. Bien que s'exprimant dans un registre psychique et comportemental, cette décompensation serait sous-tendue par des mécanismes lésionnels (renvoyant à un modèle psychosomatique), l'organe atteint étant alors le cerveau.

Une dernière question est celle de l'attitude thérapeutique à adopter face aux états dépressifs du sujet âgé.

La plupart des études épidémiologiques prospectives évaluant le pronostic de cette pathologie ne tiennent pas compte des modalités de la prise en charge thérapeutique : type de produit utilisé, thérapies non pharmacologiques (électroconvulsivothérapie, psychothérapies) et surtout de la durée du traitement.

A ce sujet, devant le risque élevé de rechute et la péjorativité du pronostic à long terme, il apparaît raisonnable de se conformer aux recommandations de l'OADIG (1993) selon lesquelles il serait préférable de prolonger le traitement antidépresseur au moins deux ans si ce n'est indéfiniment.

-II- L'EVALUATION PSYCHOMETRIQUE CHEZ LE SUJET AGE :

Dans la pratique psychiatrique, et tout particulièrement celle de la psychogériatrie, la psychométrie peut apporter au clinicien une aide considérable dans le diagnostic et la caractérisation des troubles manifestés par le patient.

En effet, la complexité séméiologique de la dépression du sujet âgé et son intrication fréquente à d'autres symptômes relevant d'autres affections (somatiques ou psychiques, en particulier une démence) sont susceptibles d'induire en erreur le praticien le plus expérimenté.

Une autre difficulté diagnostique est représentée par la discrétion habituelle des troubles mnésiques et cognitifs dans les phases précoces des processus démentiels et leur progression insidieuse.

Par ailleurs, comme cela a déjà été envisagé précédemment, les relations entre démence et dépression sont extrêmement subtiles et le diagnostic différentiel n'est pas toujours aisé.

Dans tous ces cas, les instruments psychométriques vont accroître la fiabilité du diagnostic clinique et permettent d'orienter l'attitude thérapeutique. De plus, la répétition de certaines épreuves permettra d'observer l'évolution des patients. Cependant, il n'existe pas d'outil psychométrique destiné à l'estimation d'un pronostic évolutif, notamment pour celui du risque de démence dans les suites de la dépression du sujet âgé.

Dans un autre registre, les tests de personnalité seront utiles pour caractériser un éventuel trouble de la personnalité, jusqu'alors plus ou moins compensé mais susceptible de jouer un rôle dans la pathologie actuelle.

Enfin, la recherche clinique et pharmacologique tout comme les enquêtes épidémiologiques ne sauraient se dispenser de l'introduction d'une dimension objective au travers d'instruments psychométriques développés à cet usage.

Pour être utilisables, les tests et échelles psychométriques doivent réunir un certain nombre de qualités métrologiques.

Celles-ci doivent faire l'objet d'un bref rappel avant d'examiner les principaux instruments disponibles pour l'étude des troubles mentaux du sujet âgé.

-A- QUALITES METROLOGIQUES DES TESTS :

-1- Introduction :

Selon la définition de Pichot (1949), un test est « une situation expérimentale standardisée servant de stimulus à un comportement, ce comportement étant évalué par une comparaison statistique avec celui d'autres individus placés dans la même situation, permettant ainsi de classer le sujet examiné soit quantitativement soit typologiquement ».

Les qualités métrologiques sont les caractéristiques auxquelles doit répondre cet instrument de mesure qu'est le test pour que sa fiabilité soit reconnue. Il s'agit de la sensibilité, de la spécificité, de la valeur prédictive positive, de la valeur prédictive négative, de l'homogénéité, de la fidélité et de la validité (Pichot, 1954). Ces paramètres ne sont en principe vérifiables que sur des échantillons comprenant 5 à 10 fois plus de sujets que le test n'a d'items.

Pour Fermanian (1995), les qualités requises sont avant tout la validité, la reproductibilité ou fiabilité (reliability) et la structure factorielle. Toutefois, Clément (1998) rappelle que la validité absolue n'existe pas car elle est dépendante du contexte d'application.

Pour qu'un test puisse être considéré comme un outil de dépistage destiné à la population générale il doit autant faire preuve de validité apparente que de validité de critère, d'une bonne fiabilité interne et inter-juge et enfin d'une stabilité temporelle (Ritchie-Robine, 1995).

Pour les anglo-saxons, la fiabilité (synonyme de précision dans la mesure) comprend la fiabilité test-retest, la fiabilité inter-juges et l'homogénéité.

Tous ces termes doivent être définis avant d'envisager ce qu'il en est du « Test du Dessin du Personnage ».

-2- Définitions :

-a- Sensibilité (SE), spécificité (SP), valeur prédictive positive (VPP) et valeur prédictive négative (VPN) :

La valeur diagnostique d'un test repose sur l'appréciation de sa sensibilité et de sa spécificité (Dérouesné, 1989). Les valeurs prédictives ont un intérêt dans les tests s'attachant au dépistage des sujets à risque de développer une affection : plus leurs valeurs sont élevées et plus l'instrument est fiable pour le dépistage.

Le choix des valeurs-seuil et dans certains cas le degré d'évolution de la maladie (comme c'est le cas pour les démences) influent sur ces paramètres qui doivent être rapportés à la prévalence de l'affection. La sensibilité et la spécificité ne dépendent donc pas seulement de l'instrument mais aussi de la population à laquelle ce dernier s'adresse et de la prévalence de la maladie considérée (Fombonne & Fuhrer, 1991).

La sensibilité d'un test peut être définie comme la finesse de cet instrument à discriminer différents degrés de la propriété mesurée. Elle est directement corrélée au nombre d'items et au nombre de degrés de cotation de chacun de ces items. En principe, plus une épreuve psychométrique comporte d'items plus elle sera sensible (mais également plus son utilisation sera difficile). Cette sensibilité correspond aussi à la faculté de l'instrument de mesure à répartir les sujets d'un échantillon donné avec le minimum d'ex-aequo sur le maximum d'échelons ou encore à donner des résultats différents entre deux individus ou pour un même individu d'un moment à un autre.

On distingue deux types de sensibilités :

- la sensibilité discriminante (inter-individuelle) pour le diagnostic, correspondant à la plus ou moins grande aptitude du test à établir une distinction entre deux individus ;
- la sensibilité intra-individuelle pour évaluer le changement chez le même sujet à des moments différents.

La sensibilité peut aussi se définir selon l'équation mathématique suivante :

[SE = VP/VP+FN].

Elle représente donc la faculté du test à repérer dans l'échantillon les sujets réellement malades, soit, en d'autres termes, la proportion d'individus malades diagnostiqués comme tels (Vrais Positifs) parmi le nombre total de malades de l'échantillon (Vrais Positifs + Faux Négatifs).

A l'inverse, **la spécificité** qualifie la capacité du test à ne pas commettre d'erreur diagnostique par excès ; c'est-à-dire son aptitude à ne pas reconnaître comme malades (positifs) des sujets qui ne le sont pas ou encore la proportion d'individus réellement non-malades reconnus par le test (Vrais Négatifs) parmi la population totale des non-malades (Vrais Négatifs + Faux positifs).

Son équation est donc la suivante :

[SP = VN/VN+FP].

La valeur prédictive positive est la probabilité qu'un sujet pour lequel le résultat au test est positif soit réellement malade.

Elle est calculée selon la formule suivante :

[VPP = VP/VP+FP].

La valeur prédictive positive correspond donc au rapport entre le nombre de vrais positifs et le nombre total de tests positifs.

La valeur prédictive négative est quant à elle la probabilité qu'un sujet dont le test est négatif soit réellement non-malade.

Il s'agit du rapport entre le nombre de vrais négatifs et le nombre total de sujets négatifs :

[VPN = VN / VN + FN].

Les valeurs-seuil d'un test variant d'un contexte d'application à l'autre, la tendance actuelle dans les études statistiques est d'utiliser l'analyse ROC (Receiver Operating Characteristics) pour évaluer le pouvoir discriminant du test. Celui-ci est d'autant plus élevé

que la surface séparant la courbe obtenue en calculant le rapport entre sensibilité et spécificité pour chacune des valeurs-seuil possibles de l'instrument est grande (Hanley & Mac Neil, 1982).

Une seconde possibilité, plus simple, est de considérer le coefficient de Younden (SE+SP-1) dont la valeur maximale est la valeur-seuil qui est associée à la valeur prédictive positive la plus élevée (Loas et al., 1996).

La sensibilité d'un test peut être améliorée en réduisant l'effet-plafond par l'insertion d'un item difficile et l'effet-plancher par celle d'un item facile.

-b- L'homogénéité :

Egalement appelée validité interne, cohérence interne ou consistance interne (internal consistency : IC), l'homogénéité traduit dans un instrument de mesure l'aptitude de différents items à évaluer le même paramètre, la même qualité.

Elle suppose pour le test la perspective d'une évaluation unidimensionnelle et appartient pour certains à la validité de construct.

Elle est évaluée grâce à différentes méthodes.

- Le coefficient de corrélation item-total (median correlation : MC) mesure la valeur du coefficient de corrélation entre chaque item et le score global diminué de la note de l'item étudié.

- Le coefficient de fidélité pair-impair (split-half reliability) correspond au coefficient de corrélation entre deux sous-échelles constituées par tirage au sort des items de l'échelle de départ.

- Le coefficient de corrélation moyen inter-item (average correlation : AC) est la moyenne des coefficients de corrélation entre chaque item et le score global.

- Le coefficient alpha de Cronbach (1951) est calculé de la manière suivante :

alpha = n / (n-1) x (1 - somme des variances de chaque item / variance du score total) ;

on l'utilise lorsque chaque item a des modalités de réponses quantitatives.

Lorsque ces modalités de réponses sont binaires, on utilise la formule de Kuder & Richardson (KR20) (1937).

-c- La fidélité (reliability) :

La fidélité d'un test traduit sa faculté de fournir un résultat stable sur plusieurs mesures du même phénomène dans des conditions identiques. Elle est le garant de sa reproductibilité et de sa stabilité.

Elle correspond à l'évaluation du degré de corrélation de l'instrument à lui-même par le biais de la fidélité inter-juges (inter-rater reliability, inter-observer reliability) et de la fidélité intra-juge (intra-observer reliability). La stabilité temporelle est représentée quant à elle par la fidélité test-retest.

La fidélité inter-juges est appréciée par le calcul de la corrélation entre les notes attribuées par deux ou plusieurs cotateurs au même sujet. Ce coefficient varie pour une même valeur absolue de la fiabilité inter-juges selon l'étalement des notes dans la population et le nombre d'items considérés.

On distingue les situations où l'on évalue des variables quantitatives et qualitatives.

Dans le cas de *variables quantitatives* on compare des scores globaux et comme on s'intéresse à la concordance des résultats en plus de leur corrélation, on utilisera dans ce cas un coefficient de concordance : le coefficient de corrélation intraclasse (qui requiert un échantillon d'au moins 40 sujets et évalue l'accord entre les notes attribuées) et non le coefficient de corrélation classique (qui évalue quant à lui l'intensité de liaison existant entre les notes attribuées par les juges).

Il est à noter que l'on peut tout de même conserver le coefficient de corrélation classique en vérifiant que la liaison coïncide avec une absence de différence de moyennes.

Lorsqu'il s'agit de *variables qualitatives* on réalise un tableau de contingence à partir de la vérification item par item de l'accord inter-juges. Dans ce cas, le fait que l'on s'intéresse à la liaison et non à la concordance impose l'utilisation du coefficient Kappa (pondéré ou non) et non du Khi-deux (Cohen, 1960 ; 1968). L'échantillon doit comporter au minimum 30 sujets lorsque le nombre de modalités de réponses par item est inférieur ou égal à 4.

La fidélité intra-juge correspond à la mesure de l'accord entre deux cotations par un même observateur à deux temps différents en supposant que le paramètre évalué reste stable dans l'intervalle séparant les deux cotations.

La stabilité temporelle (fidélité test-retest) est calculée par le coefficient de stabilité « rho » ou « r » en postulant que l'état du sujet reste stable entre les deux cotations.

-d- La validité :

La validité d'un test est sans aucun doute la première qualité métrologique d'un test, d'une échelle ou de tout examen. Elle traduit la plus ou moins grande faculté de l'instrument à évaluer les caractéristiques pour lesquelles il a été conçu.

On distingue habituellement cinq types de validité.

La validité de critère (criterion validity) correspond à la mesure statistique de l'intensité de liaison entre le critère appartenant à l'échelle et un critère de référence extérieur à l'échelle mais évaluant le même paramètre.

L'intensité du lien est appréciée de manière statistique dans le cas de *variables quantitatives* ou ordonnées par un coefficient de corrélation, paramétrique ou non paramétrique. Dans celui de *variables qualitatives* on aura recours non pas au test de Chi-deux mais au calcul de coefficients d'association à partir d'un tableau de contingence.

La validité de critère peut être séparée en deux sous-types : la validité concourante et la validité prédictive. La validité concourante (concurrent validity) résulte de la mesure chez le même sujet de la corrélation entre l'épreuve à valider et une épreuve de référence pour l'évaluation du phénomène. La validité prédictive (predictive validity) évalue la capacité des résultats de l'instrument à prédire un phénomène ultérieur ; on l'évalue alors par la comparaison statistique entre les résultats obtenus avec l'instrument et ceux d'une échelle de référence réalisée à distance de la première mesure.

Pour être habituelle, l'estimation des validités concourante et prédictive n'en est pas moins critiquable dans la mesure où lorsque la corrélation entre les deux épreuves est faible il est impossible de conclure à la supériorité de l'épreuve de référence sur la nouvelle ou

inversement (Fermanian, 1995). C'est souvent par le biais de la clinique que l'utilisateur de l'instrument pourra juger de la validité du test.

La validité de contenu (content validity) a pour objectif l'évaluation de la pertinence des items à produire chez le sujet testé les résultats attendus. Elle repose sur l'examen par un juge compétent de l'énoncé de chaque item afin d'apprécier sa faculté d'explorer au moins une dimension du phénomène pour l'estimation duquel l'instrument a été élaboré, ce qui présuppose d'avoir auparavant établi la liste des dimensions importantes de ce phénomène.

En fait, la validité de contenu s'établit en cinq étapes : le recensement et l'examen des données bibliographiques sur le sujet, la réflexion personnelle sur la signification du concept, l'identification des composantes du concept et leurs références préalables dans la littérature, et enfin l'identification des items et leur analyse empirique avec la vérification des relations existant entre eux.

La validité de construct (construct validity) rend compte de l'adéquation entre les phénomènes (ou symptômes) appréciés par le biais de l'outil et l'affection elle-même. Elle se définit en deux temps, d'abord en formulant l'hypothèse (reposant sur des considérations théoriques) selon laquelle il existe un lien entre le phénomène mesuré et un indicateur ; puis dans un second temps, mettant en place une expérimentation sur plusieurs sujets, en mesurant l'intensité réelle de ce lien entre le phénomène et l'indicateur. De cette expérimentation préalable découlera une validité de convergence (convergent validity) qui doit en principe établir l'existence d'une forte corrélation entre paramètre et indicateur; et une validité discriminante (discriminant validity) qui au contraire doit être la plus faible possible (l'idéal étant l'absence de corrélation).

En pratique, on a recours à l'analyse factorielle pour tester l'hypothèse selon laquelle la symptomatologie mesurée par l'instrument psychométrique peut être structurée de manière interprétable. Cette analyse factorielle substitue aux « N » items un nombre « n » inférieur de dimensions, chacune étant définie par une combinaison adéquate d'items co-variants. Les facteurs sont ainsi les dimensions sous-jacentes s'exprimant dans les items. La méthode la plus courante comporte deux phases : l'analyse en composantes principales et la « Rotation Varimax de Kaiser ».

La validité pragmatique (face validity) correspond à la valeur apparente du test, tant au niveau de la forme et de ses possibilités d'application qu'à celui de la pertinence de son contenu pour atteindre les objectifs pour lesquels il a été conçu. Elle est déterminée selon les impressions subjectives d'un observateur attentif et compétent qui se prononce sur cette valeur après avoir examiné tous les paramètres entrant en ligne de compte (longueur et acceptabilité de l'épreuve, formulation et pertinence des items, modalités des réponses, ...).

Pour certains, face validity et content validity sont confondues en une seule entité.

La validité empirique (empirical validity) est la validité démontrée par les faits expérimentaux. Elle traduit la plus ou moins grande correspondance entre les résultats obtenus et les observations cliniques.

D'une manière générale les échelles psychométriques à visée diagnostique doivent avoir une bonne validité concourante et une bonne validité empirique ; lorsque l'objectif est l'évaluation pronostique, les critères de choix porteront sur les validités empirique et prédictive ; quant à celles dont l'objectif est d'apprécier les changements, elles requièrent de bonnes validités de construct et pragmatique.

-3- Qualités métrologiques du « Test du Dessin du Personnage » :

Envisagé comme un test de diagnostic et de dépistage, le « Test du Dessin du Personnage » doit rassembler certaines caractéristiques métrologiques.

Il doit avoir une bonne validité de critère (à la fois concourante et prédictive), une bonne validité de contenu et/ou pragmatique mais aussi une bonne validité empirique, certes une bonne validité de construct mais plutôt une bonne consistance interne, de bonnes fidélités inter-juges, intra-juge et test-retest, une bonne sensibilité-spécificité mais surtout une bonne valeur prédictive positive.

-B- Apports de la psychométrie dans le diagnostic et le suivi des troubles dépressifs du sujet âgé :

Les instruments psychométriques utilisables pour l'évaluation des troubles dépressifs de la personne âgée peuvent être répartis en deux catégories : les outils de dépistage et les outils diagnostiques proprement dits.

Les tests de dépistage sont caractérisés par leur facilité d'emploi et leur brièveté. Ils doivent offrir une bonne sensibilité afin d'identifier au mieux les troubles.

Il existe par ailleurs des instruments plus élaborés qui permettent d'établir le diagnostic et de caractériser avec précision les symptômes. Certains mesurent également l'intensité de la dépression tout en estimant parfois le risque suicidaire qui s'y rapporte.

Certains outils diagnostiques utilisés chez l'adulte sont appliqués à la personne âgée. D'autres ont été spécifiquement réalisés à l'intention de cette population chez qui la dépression adopte souvent une présentation clinique bien différente, souvent dominée par des symptômes organiques risquant de se confondre avec ceux de pathologies somatiques concomitantes et avec les modifications imputables au vieillissement lui-même.

Chez le sujet âgé, l'évaluation de la dépression peut se heurter à l'intrication des symptômes dépressifs avec ceux d'une altération cognitive. Dans ce cas, les outils usuels perdent leur fiabilité et deviennent pour la plupart d'entre eux inutilisables. Il devient alors difficile d'apprécier la composante thymique d'un état dépressif dominé par les déficits cognitifs et/ou mnésiques (comme c'est le cas dans la dépression pseudodémentielle) et de discriminer ce qui revient à la dépression de ce qui est imputable à une authentique déficience intellectuelle. De même, l'estimation de la dépression au cours des états démentiels est malaisée.

Seuls les instruments psychométriques les plus courants seront examinés ici.

-1- L'Echelle de Dépression de Hamilton (HDRS) :

L'Echelle de Dépression de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale) (Hamilton, 1960) est la plus répandue au monde. C'est un questionnaire d'hétéro-évaluation comportant dans sa version définitive 17 items (Hamilton, 1967).

Elle a été conçue pour évaluer de manière quantitative la sévérité d'un état dépressif et d'en apprécier les modifications sous l'influence du traitement. Bien qu'elle soit largement utilisée dans les enquêtes épidémiologiques, elle ne constitue pas un instrument diagnostique à proprement parler (Guelfi, 1993).

Chez le sujet âgé, bien qu'elle ait fait l'objet d'une validation, son intérêt est limité par la présence d'items somatiques (5 sur 17) en cas de comorbidité organique. Elle requiert en outre de la part du patient une bonne compréhension et des facultés de jugement opérationnelles, ce qui la rend inutilisable lorsqu'une altération cognitive sévère coexiste avec l'état dépressif (Aubin-Brunet & Jouvent, 1996).

-2- L'Echelle de dépression de Montgomery & Asberg (MADRS) :

La MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) (Montgomery & Asberg, 1979) est une échelle d'hétéro-évaluation de la dépression largement diffusée en Europe alors que d'autres instruments lui sont préférés aux Etats-Unis (Pellet, 1993).

Elle permet d'évaluer de manière rapide (10 items) la sévérité de la séméiologie dépressive et est particulièrement sensible au changement sous traitement.

Contenant peu d'items somatiques, elle est très intéressante chez le sujet âgé (Aubin-Brunet & Jouvent, 1996).

-3- Le Questionnaire QD2A :

Le questionnaire QD2A (Pichot et al., 1984) appartient à la catégorie des instruments d'auto-évaluation des états dépressifs.

Il s'agit d'un questionnaire bref (13 items appelant une réponse dichotomique) qui permet un dépistage rapide de la dépression dans la population générale et chez les malades organiques et/ou psychiatriques (Boyer, 1993). Il est utilisable chez le sujet âgé.

-4- L'échelle CES-D :

La CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) (Radloff, 1977) est un auto-questionnaire structuré comportant 20 items.

Elle connaît une large utilisation dans les enquêtes épidémiologiques en population générale et également comme outil de dépistage de la dépression dans des populations de patients les plus variées.

En tant qu'instrument de dépistage, se pose néanmoins le problème de la définition d'une note-seuil car, s'il permet d'identifier la présence de symptômes dépressifs, le score obtenu est exprimé en fonction de leur sévérité (chaque item est coté de 0 à 3) (Lépine, 1993). L'auteur a proposé de retenir un score-seuil de 16 (Myers & Weissman, 1980)) mais d'autres, notamment ceux ayant assuré la traduction française, proposent 17 pour les hommes et 23 pour les femmes (Fürher & Rouillon, 1989).

Bien que comportant des items somatiques, la CES-D a été validée chez le sujet âgé (et chez l'enfant).

-5- La Geriatric Depression Scale (GDS) :

La Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1983) est un outil destiné de manière spécifique à l'évaluation de la symptomatologie dépressive chez la personne âgée.

Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 30 items dichotomiques permettant, avec un score-seuil de 10, de classer les patients en trois catégories (« sévèrement déprimés » : score compris entre 21 et 30, « moyennement déprimés » : score entre 11 et 20 et « normaux » : score entre 0 et 10) (Aubin-Brunet & Jouvent, 1996).

Sa validité est cependant discutable chez les individus souffrant d'une démence modérée à sévère comme l'ont démontré deux études selon lesquelles aucun score-seuil à la GDS ne permettait d'obtenir une sensibilité et une spécificité supérieures à 65% (Burke et al., 1989 ; Kafonek et al., 1989).

Dans la perspective de limiter la fatigue et les efforts de concentration provoqués chez le patient par une procédure de passation trop longue, une version abrégée comportant 15 items a été proposée en retenant les items les plus discriminants, c'est-à-dire les mieux corrélés à la symptomatologie dépressive (Sheik & Yesavage, 1986). La même volonté a conduit D'Ath et al. (1994) à réaliser une version encore plus brève puisque comportant seulement quatre items sélectionnés grâce à une analyse par régression logistique de la GDS-15.

-6- La Mini-GDS :

Partant de la version initiale à 30 items de la Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1983), Clément et al. (1997) ont mis au point une version française brève pour le dépistage de la dépression du sujet âgé dans des conditions extrêmement variées (ambulatoires, hospitalières ou institutionnelles) y compris chez les sujets déments.

Cette échelle d'auto-évaluation de la dépression comporte 4 items (voir annexe 1). Un score de 0 suggère l'absence de trouble dépressif, un score supérieur ou égal à 1 rend compte d'une très forte probabilité de dépression et engage à poursuivre l'investigation clinique.

La Mini-GDS a fait preuve d'une bonne validité concurrente avec le questionnaire QD2A et d'une meilleure consistance interne que la GDS-4 de D'Ath et al. (1994). La corrélation item-note globale est proche de celle de la GDS-30 items (Yesavage et al., 1983) et la corrélation moyenne inter-items dépasse celle de la GDS-30 items de Yesavage et al. (1983).

-C- Apports de la psychométrie dans le diagnostic et le suivi des troubles démentiels du sujet âgé :

L'altération des facultés cognitives signifie l'atteinte plus ou moins hétérogène de divers secteurs des aptitudes mentales de l'individu, qu'il s'agisse notamment de la perception et de la reconnaissance, des fonctions mnésiques, du langage, et de « l'intelligence » proprement dite : c'est-à-dire des capacités de raisonnement, de jugement et d'élaboration de stratégies adaptatives...

Ces fonctions ne sont évidemment pas indépendantes les unes des autres. Elles sont tour à tour ou concomitamment mises en jeu afin de permettre au sujet de percevoir le monde environnant, de s'y situer et de réagir aux stimuli qu'il en reçoit en accord avec ses propres exigences et celles de cet environnement. A l'échelle de l'individu et non plus d'un fonctionnement intellectuel, leur finalité peut donc se résumer à l'élaboration et l'adoption de comportements conformes, « adaptés », à une situation donnée.

Les différents tests psychométriques destinés à l'évaluation du fonctionnement cognitif s'attachent à caractériser les déficits existant dans chacun des domaines précédemment cités en comparant les performances actuelles du sujet par la réalisation de tâches ou épreuves spécifiques à son niveau antérieur ou à celui d'individus de la même classe d'âge ou plus jeunes.

Certains outils appréhendent le fonctionnement cognitif d'une manière plus globale au travers de son expression comportementale.

L'influence des facteurs affectifs et motivationnels sur la performance est à prendre en considération pour l'interprétation des résultats.

Qu'elle s'inscrive dans le domaine de la recherche ou celui de la pratique clinique quotidienne, la psychométrie a pour principal objectif d'établir le diagnostic (« simple » dépistage ou bilan plus approfondi) et la caractérisation d'une éventuelle détérioration cognitive existante.

Jusqu'à présent, aucun outil n'a été conçu pour le dépistage et l'estimation du risque potentiel de démence en particulier dans le contexte de la dépression tardive.

La revue suivante n'a nulle prétention d'exhaustivité. Elle se limitera à citer quelques instruments psychométriques à visée cognitive parmi les plus utilisés pour le dépistage, l'évaluation et le suivi des états démentiels.

Il existe des instruments brefs permettant de compléter l'examen clinique et ayant plutôt une vocation de dépistage ; des instruments plus complexes, évidemment plus précis dans leur caractérisation des troubles ; et enfin des instruments spécifiques destinés à l'évaluation d'un secteur précis de la cognition dont l'usage est du domaine de l'investigation neuropsychologique.

En outre, certains outils évaluent le retentissement sur le comportement et l'efficience dans la réalisation des actes de la vie quotidienne et demandent généralement la participation de l'entourage familial.

-1- Outils non spécifiques :

-a- Le « Mini Mental State Examination » (Folstein et al., 1975) :

Pour l'évaluation cognitive, le Mini Mental State Examination (MMSE) ou Mini Mental Test est devenu le test le plus répandu à travers le monde et notamment en France où il bénéficie d'une version consensuelle (GRECO, 1997) (voir annexe 2).

Il fait l'objet d'une large utilisation aussi bien pour les études épidémiologiques et les essais pharmacologiques que pour l'aide au diagnostic clinique.

Ce test facile d'emploi consiste en la réalisation d'une série de onze épreuves offrant une estimation rapide du statut cognitif du patient (orientation, encodage, mémoire antérograde, calcul mental, gnosies, praxies).

Le score maximum étant de 30/30, la valeur-seuil de 24/30 est retenue pour définir la présence d'une détérioration intellectuelle et l'on s'en sert souvent pour classer la sévérité de cette atteinte en trois catégories (sévère : 0-10, moyenne : 11-20 et légère : 21-24).

L'adoption de ces scores-seuils est controversée car la performance est affectée par l'âge, le niveau culturel et le type de démence.

Quoi qu'il en soit, il constitue un excellent moyen de dépistage suscitant la réalisation d'investigations psychométriques plus approfondies en cas d'anormalité (Clément, 1998).

-b- La « Geriatric Rating Scale » (Plutchik et al., 1970) :

Instrument plus élaboré que le MMS, La Geriatric Rating Scale (GRS) est un test particulièrement prisé dans les études statistiques et les essais thérapeutiques mais qui trouve également sa place dans le cadre du bilan clinique d'une démence grâce à sa facilité d'emploi (items brefs, objectifs et sans ambiguïté dans leur formulation).

Elle présente le principal avantage d'offrir une évaluation globale du retentissement de l'affection sur les facultés intellectuelles mais aussi le comportement social et l'autonomie.

-c- « L'Alzheimer Disease Assessment Scale » (ADAS) (Rosen et al., 1984) :

L'ADAS et en particulier sa partie cognitive (ADAS-cog) est une échelle d'appréciation de l'intensité de la détérioration cognitive désormais systématique dans les protocoles d'évaluation des essais thérapeutiques.

Dans sa version complète elle associe à l'évaluation des dysfonctionnements cognitifs proprement dits, la prise en compte des modifications comportementales et de l'humeur.

Sa passation relativement longue constitue un obstacle à son utilisation chez les sujets anxieux et ayant des troubles attentionnels. Elle n'est pas conseillée pour le diagnostic (GRECO, 1995).

-d- La « Sandoz Clinical Assessment-Geriatric » (SCAG) (Shader et al., 1974) :

La « SCAG » est un outil destiné initialement à la recherche expérimentale qui a donné naissance à un test d'autoévaluation : la « SASG » (« Self Assessment Scale-Geriatric ») (Yesavage et al., 1981).

L'un comme l'autre apprécient les facultés cognitives, le comportement social, l'humeur et l'autonomie du patient. Ils participent au diagnostic différentiel entre troubles dépressifs et démence débutante.

-e- « L'échelle d'intelligence de Weschler pour adultes » (Weschler et al., 1939):

Bien qu'adaptée en théorie aux sujets d'un âge inférieur à 80 ans, la « WAIS » est couramment employée dans les bilans psychométriques car elle permet de déterminer, à côté du quotient intellectuel, un quotient de détérioration au travers de sub-tests de performance et de sub-tests verbaux.

Il en existe une version abrégée validée spécialement pour la personne âgée.

-2- Outils spécifiques :

Les neuropsychologues ont l'habitude d'utiliser seuls ou plus généralement en association dans le cadre de bilans psychométriques « poussés » des instruments spécifiques permettant d'explorer de manière très détaillée tel ou tel secteur de la cognition.

Ainsi, il existe des tests de mémoire comme le « Test de Grober & Buschke » (Grober & Buschke, 1987), de langage : par exemple le « Test de Fluence verbale » (Borkowski et al., 1967), le « Token Test » (De Renzi & Faglioni, 1978), la « Western Aphasia Battery » (Kerstesz, 1980), des tests d'attention/concentration : notamment le « Trail Making Test » (Reitan, 1958) et enfin des tests explorant la mémoire non verbale dont certains explorent

également les praxies constructives comme par exemple le « test de la figure complexe de Rey » (1959) ou les « Progressive Matrices » (Raven, 1940)...

-3- Instruments évaluant l'autonomie du sujet dément :

Ces outils ont pour objectif d'apprécier les conséquences de l'altération cognitive et mnésique sur le comportement du sujet et son activité quotidienne.

Ils permettent également de mesurer l'évolutivité des troubles en répétant l'examen.

Leur réalisation fait souvent appel à la participation de l'entourage familial du patient.

L'IADL (Instrumental Activities of Daily Living) (Lawton, 1988) appartient à cette catégorie. Il figure dans la plupart des protocoles d'évaluation psychométriques utilisés pour les essais pharmacologiques.

-D- Les tests de personnalité :

Dans le champ de la psychométrie, les techniques dites projectives regroupent les épreuves ayant pour objectif d'aborder l'organisation de la personnalité de l'individu, cette dernière correspondant à une structure de base qui s'articule autour de trois axes principaux : un mode de relation d'objet, un type d'angoisse spécifique et des mécanismes de défense particuliers.

Elles apprécient donc de manière qualitative l'intelligence dans ses rapports avec la personnalité, l'adaptation sociale, les relations à autrui, le contrôle de soi, la maturité émotionnelle, les conflits, les tendances névrotiques et les mécanismes de défense prédominants, les motivations, les traits de caractère, les rapports avec le corps, le Moi et les principales identifications du sujet, le Surmoi et le système des interdits et des valeurs du sujet (Anzieu, 1961, cité par Clément, 1998).

Les méthodes projectives (Frank, 1948, cité par Pichot & Perse, 1973) reposent sur un concept issu de la psychanalyse : le principe de « projection ». Pour Frank (1948), « dans son essence, une technique projective est une méthode d'étude de la personnalité qui confronte le

sujet avec une situation à laquelle il répondra suivant le sens qu'elle a pour lui, et suivant ce qu'il ressent au cours de cette réponse ».

Selon Freud (1912-1913) « (...) La projection au dehors des perceptions intérieures est un mécanisme primitif auquel sont soumises également nos perceptions sensorielles (...). Nos perceptions intérieures de processus affectifs et intellectuels sont, comme les perceptions sensorielles, projetées au dehors et utilisées pour la formation du monde extérieur (...). C'est un mécanisme beaucoup plus général consistant en ce que le souvenir de nos perceptions antérieures tend à influencer la perception des stimuli actuels ».

Initialement destinés à l'évaluation de la personnalité de l'adulte et de l'enfant, les tests projectifs ont dû faire l'objet d'adaptations pour les rendre applicables à la personne âgée.

Bien que leur validité soit parfois discutée chez cette dernière du fait de l'absence de critères appropriés (Klopfer & Taulbee, 1976) et qu'ils soient relégués à un second plan dans le cadre du bilan psychométrique en raison de l'importance de l'évaluation du comportement général et de la cognition, ils apportent néanmoins des renseignements considérables sur les modifications de la personnalité au cours du vieillissement et par voie de conséquence sur les ressources psychologiques du patient face à la vieillesse et la maladie. Les difficultés principales résident dans leur interprétation (souvent controversée et ne reposant pas toujours sur des critères validés auprès de cette population) et sur la lourdeur de passation chez des patients inconstamment motivés et opposant des facultés d'attention et de concentration limitées.

Les tests projectifs les plus célèbres sont le Test de Rorschach et le Thematic Apperception Test (TAT).

Couramment employés chez l'adulte, ils figurent dans le cadre du bilan de personnalité de sujets âgés aux côtés d'autres épreuves projectives plus spécifiquement développées à cette intention.

-1- Le Test de Rorschach :

Les test de Rorschach (1921) est en théorie applicable à la personne âgée exempte de troubles cognitifs ou sensoriels (Eisdorfer, 1963) notamment grâce à l'adoption de normes adaptées (Ames et al., 1973).

Il comporte 10 planches sur lesquelles sont imprimées des taches d'encre symétriques, 2 sont bicolores (rouge et noir), 3 sont multicolores et les 5 autres sont monochromes (noires).

Pour chacune des planches, la consigne donnée est simple : « qu'est-ce que cela pourrait représenter ? ».

Les formes sont à la fois suffisamment explicites pour stimuler chez le sujet une activité d'évocation, et suffisamment ambiguës pour laisser libre cours à son interprétation.

Chez la personne âgée le test de Rorschach permet de rendre compte de la personnalité du sujet et des modifications imputables au vieillissement, des ressources disponibles (mécanismes de défense, facultés d'adaptation et de gestion du stress et des émotions), et également de l'existence de facteurs organiques cérébraux sous-tendant des perturbations, indépendantes de la sénescence elle-même, enregistrées dans les registres cognitif ou émotionnel (Klopfer, 1946 ; Delay et al., 1956).

Il peut aussi mettre en évidence des indices d'anxiété ou de dépression comme il le fait chez l'adulte puisque selon Reichlin (1984) les signes de dépression dans les protocoles ne diffèrent pas significativement de ceux de sujets plus jeunes.

Toutefois son utilisation en psychogériatrie soulève un certain nombre de critiques portant notamment sur la fiabilité des critères de cotation (Hayslip & Lowman, 1986).

-2- Le Thematic Apperception Test (TAT) (Murray, 1943) :

Le TAT est un test de personnalité permettant l'appréciation des changements avec l'avancée en âge.

Le protocole de passation consiste à soumettre au sujet différentes planches figurant des scènes et à attendre de lui qu'il raconte pour chacune une histoire s'y rapportant.

En sa qualité d'épreuve projective, il suppose une identification du patient au personnage principal de la scène permettant de définir une typologie de personnalité en fonction du discours produit.

Guttman (1964), s'appuyant sur les résultats observés par le biais du TAT, décrit des modifications contemporaines de l'avancée en âge : un rétrécissement des affects, une tendance accrue à l'isolement et à la passivité avec un moindre recours à l'action pour résoudre les problèmes.

Comme cela est souvent observé de manière empirique, s'expriment également un certain conformisme et des préoccupations excessives pour ce qui concerne le monde personnel (Panek et al., 1983).

Il n'existe cependant aucune étude spécifique portant sur la psychopathologie du sujet âgé ni d'étude de validation (Hayslip & Lowman, 1986).

A partir du TAT ont été développées des épreuves plus spécifiquement destinées à la personne âgée.

Ainsi le GAT (« Gerontological Apperception Test ») (Wolk & Wolk, 1971) propose 14 planches figurant des thèmes auxquels le sujet aura plus de facilité à s'identifier : dépendance physique, affective, sexualité, vieillesse, isolement ...

Dans le même esprit, le SAT (« Senior Apperception Test ») (Bellak & Bellak, 1973) traite en 16 planches les thèmes les plus représentatifs des préoccupations des sujets âgés : la vieillesse, le veuvage, la maladie, le suicide et la mort.

Comme pour le TAT, ces tests n'ont pas fait l'objet de véritables études de validation et leur intérêt dans le domaine de la psychogériatrie est controversé (Hayslip & Lowman, 1986).

-3- Autres tests de personnalité employés chez la personne âgée :

- **L'inventaire MMPI** (« Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota ») (Hathaway & Mac Kinley, 1940) est un questionnaire de personnalité. Il n'appartient pas à la catégorie des tests projectifs mais permet au travers de 550 questions validées de manière empirique de décrire la personnalité en termes de traits selon les scores obtenus à 10 échelles cliniques (hypocondrie, dépression, hystérie, déviation psychopathique, masculinité/féminité, paranoïa, psychasthénie, schizophrénie, hypomanie et introversion sociale).

Il est intéressant en pratique psychogériatrique (Taylor et al., 1989) mais sa lourdeur de passation, même dans ses formes abrégées, le rend difficile d'emploi.

Il fait actuellement l'objet d'études visant à fournir des versions révisées plus souples et modulables en fonction des individus et en particulier chez la personne âgée.

- **Le « Holtzman Inkblot Technique »** (HIT) (Holtzman, 1961) a lui aussi fait la preuve de son intérêt chez la personne âgée.

Comme le Rorschach, il repose sur l'interprétation de taches d'encre, mais il apporterait des informations plus spécifiques que ce dernier sur l'anxiété, l'hostilité, le contrôle de l'impulsivité et la perception de la réalité (Oberleder, 1967).

D'autres éléments tels que l'anxiété du sujet à l'égard de la perte d'autonomie ou de l'intégrité corporelle, l'hypocondrie, l'utilisation spontanée des ressources intellectuelles avec la différenciation perceptive, les facultés d'organisation et de résolution de problèmes sont également apparents sans pour autant qu'ils ne renvoient à un trouble psychopathologique précis (Hayslip, 1982). Enfin, il permet de discriminer des sujets normaux ceux qui souffrent d'un syndrome cérébral organique (Overall & Gorham, 1972).

Malheureusement ses 45 planches combinant l'étude de 21 variables le rendent difficile d'emploi du fait de sa longueur de passation.

- **Le « Hand-Test »** (HT) consiste à présenter au sujet des cartes représentant une main dans différentes positions et à lui demander de supposer ce qu'elle pourrait faire.

Appréciant le contact de la personne âgée avec la réalité, il permet de révéler les situations où l'individu, particulièrement lorsqu'il vit en institution, est en danger de décompensation à cause de l'aggravation de sa dépendance (Clément, 1998).

- **Le « Projective Assessment of Aging Method »** (PAAM) (Starr et al., 1979) a été développé dans le but d'aider le clinicien dans la caractérisation des besoins, des intérêts, de l'anxiété et des processus adaptatifs des personnes âgées (Starr & Weiner, 1993).

- **Le Test Projectif pour Personnes Agées** (Laforestrie & Missoum, 1977 ; 1989) repose sur les mêmes principes que le TAT.

Il se propose d'explorer les modalités d'adaptation du sujet à la vieillesse en lui soumettant 15 planches mettant en scène de manière peu explicite des personnes âgées et en lui demandant d'évoquer librement ce qu'elles représentent.

Les planches ont trait à des thèmes récurrents au cours de la vieillesse : la cessation de l'activité professionnelle, la communication, le groupe, le couple, la solitude, la sexualité, le corps et la mort.

L'étude approfondie des réponses fournies au test par une patiente démente a permis à ses auteurs (Laforestrie & Missoum, 1978) de mettre en évidence des éléments d'un intérêt considérable pour la compréhension des processus psychopathologiques mis en jeu dans la démence.

-E- Epreuves graphiques utilisées chez la personne âgée :

Les épreuves graphiques utilisées pour l'évaluation psychométrique de la personne âgée et en particulier dans le cadre des démences présentent l'intérêt d'explorer les fonctions intellectuelles ne faisant pas appel à la mémoire à médiation verbale.

Elles ont pour principal objectif de réaliser une relation clinico-topologique et non de participer au dépistage et au diagnostic proprement dit des troubles démentiels bien que certaines constituent de bons indicateurs d'un processus détérioratif sous-jacent (comme par exemple la réalisation de la figure géométrique du MMSE).

De surcroît, l'influence potentielle de facteurs affectifs ou émotionnels n'est généralement pas prise en considération (Clément, 1998).

Il existe d'une part des épreuves graphiques non spécifiques, issues de différents tests psychométriques destinés à une évaluation globale des facultés intellectuelles et instrumentales. C'est par exemple le cas pour la reproduction du double pentagone intriqué figurant dans le MMSE (Folstein et al., 1975) ou celle de figures géométriques permettant d'apprécier les graphies constructivo-motrices dans l'ADAS-cog (Rosen et al., 1984) ...

D'autre part, il existe des outils spécifiques basés uniquement sur le graphisme (reproduction avec modèle ou sans modèle après mémorisation, production) ; ils peuvent être utilisés seuls ou bien regroupés en plusieurs épreuves.

Certains outils ont été créés d'emblée à l'intention du sujet âgé alors que d'autres étaient initialement destinés à l'évaluation des enfants et/ou des adultes et n'ont fait que secondairement l'objet d'une validation chez lui.

Il existe des épreuves psychométriques permettant uniquement l'exploration des praxies grapho-constructives et de paramètres se situant sur le versant cognitif alors que d'autres comportent en plus une dimension projective.

-1- Tests explorant le versant cognitif :

Les tests graphiques à visée cognitive combinent dans la plupart des cas la reproduction d'après un modèle laissé ou non à la vue du sujet et l'exécution sans modèle de motifs et figures géométriques de complexités variables (figures simples, plus élaborées, imbriquées les unes dans les autres, cube, cadran d'horloge, ...).

Ils font appel et examinent les facultés de mémorisation visuelle immédiate ou différée, les aptitudes visuo-constructives (comme par exemple la copie de la figure complexe d'Osterrieth & Rey, 1944) et les praxies grapho-motrices.

Certains permettent de mettre en évidence ou d'écarter l'hypothèse d'une organicité et ainsi de participer au diagnostic différentiel entre démence et dépression. On pourra citer le « **Test de Rétention Visuelle de Benton** » (Benton, 1945 ; 1963 ; 1974) comme l'ont

confirmé plusieurs travaux (Benton, 1952 ; Poitrenaud & Barrère, 1972 ; Crookes & Mac Donald, 1972), le « **Screening Test for Organic Brain Disease** » (Nahor & Benson, 1970) et « **l'OAP diagram** » (Connely & Jamieson, 1991).

Le « test du Dessin de l'Horloge » ou « Clock-Drawing » appartient également à cette catégorie de tests graphiques à visée cognitive.

Il a fait l'objet de différentes études avec des consignes et des méthodes de cotation variées selon les auteurs (Shulman et al. 1986 ; Wolf-Klein et al., 1989 ; Dastoor et al., 1991 ...). Toutes les études concourent à établir l'existence d'une corrélation entre le nombre d'erreurs dans la réalisation de l'épreuve et le degré d'altération cognitive, le test étant lui-même corrélé avec les principaux outils utilisés pour mesurer la détérioration cognitive.

-2- Tests graphiques projectifs :

Les techniques psychométriques faisant appel au graphisme et comportant une dimension projective apparaissent particulièrement appropriées à la pratique psychogériatrique et en particulier pour l'évaluation des démences.

En effet, chez des patients rapidement épuisables du fait de leurs difficultés attentionnelles et sensibles à l'échec, elles limitent l'anxiété et le renoncement en s'exprimant sur un mode ludique (le dessin demeurant une activité bien investie par la personne âgée, y compris en des stades avancés de la maladie démentielle).

La plupart de ces outils ont été conçus en vue de leur utilisation en clinique infantile et ce n'est que secondairement que leur champ d'investigation s'est élargi à celui de l'âgé.

Leur analyse comporte généralement une double évaluation, qualitative et quantitative, de la production. Cette dernière est parfois assortie secondairement de la réalisation d'un commentaire de la part du sujet sur son dessin. L'interprétation du commentaire vient compléter celle du dessin. Elle repose généralement sur des bases empiriques d'inspiration psychanalytique.

Partant des principes selon lesquels le sujet s'identifie à ce qu'il dessine et représente donc sa vision du monde, qu'au travers de ce dessin s'exprime ce que les mots ne parviennent

à dire, on ne peut que reconnaître la richesse des informations transmises par ces outils psychométriques surtout lorsque les autres moyens de communication disparaissent. Ils apportent en effet des renseignements sur la personnalité de l'auteur, sur son fonctionnement psychique et son affectivité. C'est en cela que ces épreuves graphiques présentent un attrait tout particulier chez le sujet âgé, souvent peu enclin à l'introspection, et surtout lorsqu'il existe un processus démentiel qui vient amputer l'individu de sa conscience, de ses facultés de jugement et rompre les voies de communication habituelles.

La réalisation d'un commentaire par le patient permet d'accroître la quantité des informations transmises de manière implicite par le dessin.

Il s'agit le plus souvent d'épreuves utilisées, parfois depuis très longtemps, dans le domaine de la psychologie de l'enfant. Elles ont été secondairement expérimentées dans d'autres populations y compris chez le sujet dément mais la plupart n'ont cependant pas fait l'objet de véritables études de validation.

On citera le « **Test de la Maison** » pour lequel les travaux de Mietkiewick (1987) ont contribué à faire la preuve de l'intérêt dans l'approche de l'affectivité. Elle remarqua à ce sujet que plus du tiers des personnes âgées à qui l'on demande de réaliser un dessin représentent une maison. Ceci tend à laisser croire que ce type d'épreuve sera peu anxiogène et que le thème choisi constitue le lieu d'évocation d'un fort investissement affectif chez l'individu perdant son autonomie physique et psychique et qui subit un déracinement (avec le vécu douloureux qui s'y rapporte) lors de son entrée en institution.

Concernant l'aspect qualitatif du dessin elle ne relève pas de différence significative entre les productions de l'âgé et de l'adulte. Chez le sujet dément elle constate une tendance à l'unicité du graphisme et à la monochromie avec une prédominance de la couleur blanche, l'aspect figé des réalisations et une localisation dans la moitié gauche de la feuille interprétée comme un refuge nostalgique dans le passé et une difficulté de se projeter dans l'avenir.

Le « **Test du Dessin de l'Arbre** » (Koch, 1958 ; Stora, 1975) a lui aussi fait l'objet de travaux chez le vieillard.

Les schizophrènes âgés et les déments ont tendance à effectuer des dessins plus petits, plus contractés et moins bien centrés que les sujet âgés « normaux » (Stora, 1978 ; Yagushi, 1981).

Bour (1961) observa que les sujets déments dessinent un arbre dont les contours sont fins, tremblés et discontinus, la couronne s'étend dans toutes les directions et est détachée du tronc. Ce dernier s'infléchit, se raidit, voire disparaît.

Di Naro & Escalar (1961) constatèrent chez les mêmes patients des représentations pauvres, immatures (comparables à celles d'un enfant de 4-5 ans), stéréotypées, de petite dimension.

De Castro Carneiro (1978) reconnaît des éléments évocateurs d'un état dépressif dans l'absence de fleurs et de fruits, avec des stéréotypies dans la représentation des branches qui sont presque toujours figurées par des traits uniques.

Le « **Test du Dessin du Personnage** » s'inscrit dans cette catégorie de tests graphiques projectifs où s'expriment l'affectivité et la personnalité du sujet bien qu'il ait été initialement utilisé comme un test d'intelligence.

Buck (1947 ; 1948 ; 1964) l'a intégré dans un protocole baptisé « **Test H-T-P** » (House-Tree-Person) associant les tests de la maison, de l'arbre et du personnage.

-III- LE TEST DU DESSIN DU PERSONNAGE :

-A- Introduction :

Le « Test du Dessin du Personnage » (Draw-a-Man, Test du Bonhomme) est l'un des tests psychologiques les plus anciens.

Certains auteurs, dont Goodenough qui l'utilisa dès 1926, lui prêtent les qualités d'un test d'intelligence permettant d'apprécier le niveau de développement intellectuel et le fonctionnement cognitif du sujet.

D'autres auteurs, à l'instar de Machover (1949), le considèrent comme un test projectif et s'en servent pour accéder aux fondements de l'affectivité et de la personnalité.

Quoi qu'il en soit, par la permanence des travaux publiés depuis plus de soixante-dix ans, la revue de la littérature sur le sujet rend compte de l'utilisation constante du « Test du Dessin du Personnage » avec cependant des objectifs et des méthodologies variables.

Une étude réalisée en 1961 aux Etats-Unis le classait en seconde position (après le test de Rorschach) (Sunberg, 1961) ; et dans les années 1980, il figurait toujours parmi les dix tests les plus utilisés par les psychologues nord-américains (Lubin et al., 1984 ; Piotrowski et al., 1985 ; Lezak, 1987).

Chez la personne âgée, il a d'abord été employé pour une estimation rapide de l'intelligence (Jones & Rich, 1957), puis comme reflet de la conception de soi et de l'image du corps (Lakin, 1960).

Plus récemment des auteurs ont poursuivi avec le dessin du personnage des recherches principalement dans le domaine de l'évaluation cognitive (Plutchik et al., 1978 ; Houllemare & Montani, 1987 ; Ericsson et al., 1991) chez des sujets âgés déments ou non, vivant ou non en institution.

La seule étude dans le contexte de la dépression du sujet âgé (Ericsson, 1991) a retrouvé l'existence d'un déficit cognitif décelable par le dessin du personnage et corrélé au Mini-Mental-State-Examination (Folstein et al., 1975).

Depuis maintenant une dizaine d'années Clément et al. l'utilisent dans le cadre de la pathologie mentale de la personne âgée.

Partant des travaux antérieurs sur le sujet, ils ont élaboré des grilles de cotation évaluant les dimensions cognitive, psychodynamique ainsi qu'une grille d'analyse du discours verbal accompagnant la réalisation du dessin.

Le « Test du Dessin du Personnage » a ainsi fait la preuve de son intérêt dans l'évaluation cognitive et comme moyen d'apprécier la désorganisation psychique qui existe dans la dépression tardive et dans son risque évolutif démentiel (Clément & Léger, 1995).

-B- Historique du « Test du Dessin du Personnage » :

Bénéficiant de l'essor de la psychopédagogie le dessin se vit offrir une place privilégiée en psychologie dès la fin du XIXème siècle (Cooke, 1885 ; Ricci, 1894) et surtout au début du XXème (Burt, 1921).

En effet, les processus psychiques mis en oeuvre au cours de l'enfance et leur développement pouvant être observés au travers de son expression picturale, celle-ci revêtit un attrait particulier à une époque où l'on commença à se préoccuper du développement psychomoteur normal et pathologique de l'enfant.

C'est donc en clinique infantile que le dessin du personnage trouva sa première application sous le nom de « test du Bonhomme » (« Draw-a-Man » dans la littérature anglo-saxonne), parfois associé à d'autres épreuves dans le cadre du test « H-T-P » (House-Tree-Person) (Buck, 1948 ; 1966).

Le « Test du Dessin du Personnage » a été initialement utilisé par Goodenough (1926) comme un test d'intelligence appréciant le niveau de développement intellectuel de l'enfant.

Selon elle, « la production graphique est d'autant meilleure qu'elle comporte plus de détails et que ceux-ci sont correctement figurés et agencés entre eux conformément à des critères objectivement établis ».

Elle proposa une échelle d'évaluation (comportant 52 items) en terme de quotient intellectuel étalonnée en fonction de l'âge.

Par la suite, de nombreuses études remirent en question l'existence d'une liaison exclusive entre le système de cotation établi par Goodenough et le niveau de développement intellectuel (Machover, 1949 ; Bender, Brill, Hinrichs, Furfey, Gunzburg, Ochs, ..., cités par Abraham, 1963). Le niveau de maturation générale (conditionné par des facteurs psychologiques liés notamment aux traits de la personnalité ainsi que par des facteurs liés à la socialisation de l'enfant) influerait tout autant sur le score que l'intelligence proprement dite. Il en serait de même pour des facteurs affectifs (Widlöcher, 1965) et culturels (Goodenough & Harris, 1950 ; Woodburn et al., 1989 ; Skillman et al., 1992). L'échelle de Goodenough mesurerait donc plutôt des traits de caractère.

Malgré ces controverses sur sa fiabilité (Aikman et al., 1992), le « Test du Dessin du Personnage » reste toujours largement utilisé pour l'évaluation cognitive (Groves & Fried, 1991 ; Haddad & Juliano, 1991 ; Atlas & Miller, 1992 ; Chappell & Steitz, 1993 ; Abell et al., 1996).

En 1949, Machover introduisit une dimension nouvelle dans l'approche du dessin du personnage.

En vertu de principes psychanalytiques trouvant leur origine dans les théories freudiennes, elle attribua au test les qualités d'un test projectif permettant l'évaluation de la personnalité du dessinateur.

Elle a proposé un système d'analyse prenant en compte d'une part le contenu du dessin (lequel reposait sur un système d'interprétation d'inspiration psychanalytique) et d'autre part l'aspect formel et structurel du dessin (taille, disposition, ratures, parties omises ou au contraire soulignées, ...).

Les études ultérieures de validation ont, comme pour la méthode de Goodenough, apporté leur lot de controverses (Klopfer & Taulbee, 1976), pour enfin suggérer qu'il était préférable de considérer le « Test du Dessin du Personnage » non comme un outil psychométrique mais comme faisant partie intégrante de l'entretien clinique.

Malgré les critiques formulées à leur égard, il n'en demeure pas moins que les méthodes de Goodenough et de Machover constituent les fondements de l'interprétation du dessin du personnage.

-C- Travaux antérieurs :

Partant des travaux de Goodenough et Machover, le « Test du Dessin du Personnage » a fait l'objet de très nombreuses études chez des patients divers quant à leur âge et leur pathologie.

Une revue exhaustive apparaîtrait ici à juste titre superflue. On se limitera donc à citer les travaux les plus remarquables, c'est-à-dire ceux dont les enseignements ont permis (à partir des méthodes « princeps » de cotation et d'analyse du dessin) l'élaboration de grilles de

lecture utilisables pour l'étude des troubles mentaux de la personne âgée, qu'il s'agisse des démences ou de la dépression.

-1- Etudes chez l'enfant et l'adolescent :

Les instruments psychométriques faisant appel à l'expression picturale examinent un moyen de communication.

En effet, le dessin « fait figure de langage du corps par l'intermédiaire du geste graphique, de langage de l'Inconscient par sa valeur projective et de langage graphique car il existe un espace sémantique graphique obéissant à des lois de composition dont il est possible de dégager une structure » (Bernabeu, 1990).

Selon Widlöcher (1965), l'interprétation du dessin suppose qu'il est possible de traduire dans le registre verbal un sens qui serait déjà présent dans le dessin.

Cela requiert donc l'exploration attentive de signes manifestes, insuffisante en elle-même et devant donc être complétée d'une interprétation symbolique qui permettra de distinguer des allégories conscientes et des allégories implicites, inconscientes, qui participent à la constitution du monde imaginaire de l'enfant. Ces considérations sont à rapprocher de celles d'Aubin (1970) pour qui le « dessin du bonhomme » est la représentation projective de son auteur en tant qu'image de lui-même tel qu'il se sent être, qu'il voudrait être ou de ce qu'il refuse d'être, ou encore en tant qu'image justificative.

Au sujet de l'échelle de Goodenough, Widlöcher (1965) souligne que la représentation du bonhomme dépend des aptitudes motrices et du schéma corporel, mais surtout qu'il semble bien que le caractère s'y exprime. Le « Test du Dessin du Personnage » semble pouvoir offrir une estimation valable des aptitudes intellectuelles proprement dites de son auteur lorsque la performance n'est pas suspecte d'être altérée par des facteurs affectifs et émotionnels défavorables ou par des traits de personnalité pathologiques.

Le « Test du Bonhomme » a pourtant été utilisé chez l'enfant pour évaluer l'intelligence et prédire sa réussite scolaire.

Koppitz et al. (1959) ont estimé que d'autres paramètres que l'intelligence sont susceptibles d'influer sur la performance scolaire : la motivation, l'ajustement émotionnel, des

facteurs liés à l'environnement familial et socio-économiques. Ces paramètres transparaîtraient dans le dessin.

Dans cette optique, ils utilisèrent un système de cotation constitué de trois catégories.

La première correspond à « l'estimation des difficultés liées aux troubles émotionnels et/ou au manque d'aptitude intellectuelle ». 12 items y sont cotés négativement (trois figures ou plus dessinées spontanément ; figure grotesque, non humaine ; absence de corps ; absence de bras ; absence d'yeux ; absence de pupilles (yeux vides) ; absence de bouche ; dessin minuscule ; figure penchée de 30 degrés ou plus ; dessin incomplet et souillé ; bras attachés de manière rigide au corps ; dessin grossier).

La seconde catégorie correspond à la dimension « pression à réussir des études et agressivité ». 6 items sont cotés positivement (tête plus grande que le corps ; sol, herbe, arbre ou fleurs ; ciel, soleil ou nuages ; dents ; cou excessivement long ; regard marqué, strabisme).

La troisième catégorie correspond à la « maturité ». Trois items sont cotés positivement (mouvement, figure de profil, coudes et genoux représentés). Les autres points négatifs et positifs sont additionnés à un score de base de 10.

En 1968, Koppitz publia une grille de cotation du dessin du personnage (la KDI : « Koppitz Developmental Items ») dont l'objectif était d'apporter une simplification de l'échelle de Goodenough & Harris (1963) pour évaluer l'intelligence des enfants.

Royer, en 1977, attribua au « Test du Bonhomme » les qualités d'un test de personnalité.

Elle imagina une échelle de cotation en 3 parties appréciant la qualité de la tête, celle du schéma corporel et celle de la tenue vestimentaire.

Elle lui a également attribué une valeur pronostique en termes d'évolution favorable ou défavorable sur un plan psychologique.

A propos de l'aspect qualitatif des productions, elle remarqua que les sujets qui portent leur attention sur la représentation de la tête et du visage sont ceux qui recherchent essentiellement le contact humain, les échanges verbaux et le « mental » en général. La représentation du schéma corporel, à travers son degré de perfectionnement comme au travers de ses erreurs, donne lieu à des projections « psychosomatiques » très significatives. Ceux qui mettent l'accent sur les détails vestimentaires ont un comportement plus conventionnel, axé

sur le « désir de paraître » plus encore que sur le « sentiment d'être ». « Ce comportement masque souvent une souffrance secrète dans le sentiment d'être » (Royer, 1977).

A l'occasion de travaux sur le dessin du personnage chez des enfants entraînés à la perception et l'expression du schéma corporel comparés à une population-témoin, Wallon & Lang (1989) ont pu conclure que le « Test du Dessin du Personnage » présentait un intérêt dans l'évaluation de l'intégration du schéma corporel.

Abraham (1982) a étudié l'évolution du dessin du personnage chez l'adolescent en appliquant la méthode d'évaluation de Machover.

D'une manière générale, elle constate que chez l'adolescent « les personnages dessinés font l'objet de distorsions, d'imprécisions, d'une fuite des idées et de l'attention, d'aberrations ou d'omissions inattendues ».

Le dessin du personnage connaîtrait l'achèvement de son développement à l'âge de 12 ans (ceci étant sous-tendu par l'idée que le dessin d'un corps complet comportant des détails fidèles à la réalité représente le summum de l'aptitude au dessin).

L'adolescence est la période d'un nouvel essor dans le développement du dessin, marquée par « la singularité et l'abandon des conventions ».

A l'âge de 13 ans on relève dans les dessins une tendance à la dérobade et à la dissimulation par la présentation de profil ainsi que par la suppression de certaines parties du corps, en particulier des mains, ce qui aurait pour but, selon l'auteur, de masquer les angoisses et les sentiments de culpabilité qui y sont directement ou symboliquement liés. Le choix de l'emplacement sur la feuille (à droite pour les garçons, à gauche pour les filles et plutôt vers le haut dans les deux cas), le profil et les omissions, témoignent d'une vie intérieure accrue, du besoin de s'isoler, de trouver refuge contre les contraintes et l'autorité dans une attitude réflexive. Les garçons comme les filles dessinent préférentiellement un personnage de sexe masculin.

A 14 ans, l'on constate un plus grand refus de se dévoiler et les dessins présentent des omissions de diverses parties du corps (en particulier de la partie inférieure). Il y a beaucoup de caricatures. On observe deux zones d'insistance : la ceinture (correspondant à un besoin de contrôle) et le cou (zone de conflit, témoignage de la rupture d'équilibre entre la tête, centre du Moi, et le corps, centre des impulsions).

Les omissions observées à 15 ans portent surtout sur les éléments du visage et les membres. Il existe des différences plus nettes selon le sexe dans la qualité du tracé, la hauteur du personnage, son emplacement ... Celles-ci marquent l'opposition entre l'affaiblissement de la valeur du Moi, la passivité et le repli des filles et le renforcement des garçons.

A l'âge de 16 ans, les « amputations » sont tout aussi nombreuses mais il y a surtout une absence de symétrie et une discontinuité du tracé. Garçons et filles sont préoccupés par le contrôle, parfois obsessionnel, qu'ils doivent exercer sur eux-mêmes pour affronter les pulsions sexuelles.

-2- Etudes sur différents types de pathologies :

-a- Etudes chez des adultes névrotiques :

Berman et al. (1951) recueillirent les dessins du personnage réalisés par 100 patients névrotiques et les soumirent à l'interprétation de psychologues. Des psychiatres apportèrent un jugement clinique sur les patients.

La confrontation des différentes données permit ainsi de proposer un certain nombre d'éléments observables dans le dessin, caractéristiques des patients névrotiques (ombrages, posture penchée, attaches accentuées, jambes reliées ensemble, ...). Une forme circulaire de la tête traduirait un infantilisme ou une régression, l'omission de la bouche une anxiété ou une réticence, celle des yeux le désir de ne pas voir.

-b- Etudes chez des adultes psychotiques :

Les travaux les plus intéressants pour l'étude de la pathologie mentale du sujet âgé portent sur la régression psychotique.

Dès 1939, Fingert et al. notaient une amélioration du score de Goodenough après le rétablissement d'un état régressif chez plusieurs sujets schizophrènes.

Modell (1951) a étudié les modifications du dessin du personnage accompagnant le rétablissement des états de régression psychotique.

Pour lui, ces modifications pouvaient être envisagées sous l'angle d'une maturation (de l'image corporelle et sexuelle). Dans la régression psychotique, on assiste à une disparition des limites corporelles et de la différenciation sexuelle du personnage dessiné, celle-ci traduisant le retour à un stade prégénital. Les « symptômes graphiques » de cette régression sont la présence de zones ouvertes dans le tracé de la tête ou du tronc, une désorganisation ou une rotation du corps, l'indifférenciation de certaines parties ou de la tenue vestimentaire, une minimisation ou même une disparition des caractéristiques sexuelles. L'amélioration de l'état régressif s'accompagne d'une réapparition de tous ces éléments.

Baldwin (1964) observa quant à lui que la taille de la tête du personnage dessiné et le nombre de parties omises augmentaient avec le fonctionnement régressif des schizophrènes.

Les travaux de Burton & Sjoberg (1964) avaient pour objectif de préciser l'intérêt du « Test du Dessin du Personnage » dans le diagnostic de la schizophrénie.

Comparant les dessins réalisés par 49 schizophrènes à une population-témoin d'adultes sains appariés, des psychologues ont pu retenir des critères évocateurs de la pathologie. Il s'agissait d'une distorsion de la représentation de l'image du corps, d'une bizarrerie de la posture, de l'expression et de l'ornementation, de modifications du tracé sans que soient effacées les erreurs, d'interruptions dans le tracé, d'un style artistique bizarre procurant une impression d'étrangeté, de disproportions dans les divers éléments constitutifs du corps (en particulier une distorsion dans la forme et la taille), de transparences, de dessins incomplets et enfin de traits d'anxiété importants.

Une autre partie de leur étude a consisté à comparer les critères précédents à d'autres critères issus des travaux de Holzberg & Wexler (1950, 1952). Parmi les 67 items retenus, ils constatent une concordance significative entre les deux études pour les critères « absence des épaules », « tracé peu appuyé au niveau des épaules », « mauvaise délimitation du tronc ». D'autres items apparaissent également significatifs ($p<0.01$) dans leur étude : « mauvaise proportion tête/corps », « mauvaises proportions dans d'autres parties du corps », « oublis ou élaborations incomplètes de certaines parties du corps ».

-c- Etudes sur la dépression :

Lewinsohn (1964) suggéra que les dessins de petite taille sont des indicateurs de dépression.

Selon Lavagna (1967), le dessin du personnage dépend, entre autres paramètres, de l'estime de soi.

Le dessin sera d'autant plus petit, incomplet, avec des contours flous, des traits hésitants et malformés, que le sujet éprouve un sentiment de dévalorisation, de dégradation. Il est excentré sur la page, il existe souvent un vide au niveau de la région sexuelle.

Avec l'amélioration de la dépression, les dessins deviennent plus grands, plus nets, mieux centrés et l'on observe une différenciation sexuelle.

-d- Etudes sur l'anxiété :

Hoyt et Baron (1959) ont effectué une étude dont l'objectif était de comparer la fréquence d'indices d'anxiété chez des patients souffrant de troubles psychiatriques, anxieux ou non.

Les indicateurs de l'anxiété étaient comparés à la M.A.S. (Manifest Anxiety Scale).

Ces indices étaient ceux de Machover (trait renforcé, ombrage, ratures), ceux de Buck (ligne hachurée, emplacement sur la feuille) ainsi que d'autres indices dont la taille du personnage dessiné, la taille de la tête (proportion tête/corps), proportion des éléments du visage par rapport à la taille de la tête, les omissions et les disproportions des différentes parties du corps. Sur 10 indices envisagés, seulement deux différaient de manière significative entre les sujets fortement anxieux et peu anxieux : l'emplacement en haut et à gauche de la feuille et la petite taille du dessin.

Les auteurs notaient toutefois que d'autres études donnaient des informations contradictoires. L'emplacement (Goodman & Kotkov, 1953), la qualité hachurée du tracé, le renforcement du trait, les ombrages, les ratures et les omissions (Royal, 1949) étaient corrélés de manière négative à l'anxiété. Par contre Lehner et Gunderson (1953) rapportaient une corrélation positive pour la petite taille.

En 1962, Mogar, renouvelant l'étude de Hoyt et Baron, ne constata pas de différence significative concernant la taille et l'emplacement entre les deux groupes « anxieux » et « non anxieux ».

L'étude de Craddick et al. (1962) n'a pas confirmé l'hypothèse de Machover (1949) selon laquelle la présence d'ombrages est un indicateur d'anxiété.

Ils ont aussi souligné l'absence de corrélation entre la méthode de Machover et les scores obtenus à la Manifest Anxiety Scale (Taylor, 1960), laissant ainsi sous-entendre que les deux tests mesurent des aspects différents de l'anxiété.

Partant de l'hypothèse selon laquelle l'anxiété psychogène ou provoquée se manifestaient de manière similaire dans le dessin, Exner (1962) examina les dessins du personnage de 4 groupes de 20 sujets (groupe N : troubles d'ordre névrotique, groupe C : troubles du caractère et de la personnalité, groupe X : volontaires pour subir la mise dans des conditions anxiogènes, groupe O : sujets « contrôles »).

Chacun des dessins fut divisé en trois zones : la tête, le haut et le bas du corps. Il considéra l'épaisseur ou la pression du tracé, sa continuité et les ombrages, la taille des dessins, l'existence de mouvements implicites d'un objet tenu par le personnage, la représentation de profil, la présence de boutons, l'omission des pieds et l'utilisation d'un angle inférieur de la feuille comme base.

Le groupe C réalise un tracé significativement plus léger que les autres groupes, mais aussi le moins continu ; il utilise plus les ombrages que les trois autres groupes.

Le groupe N a le tracé le plus continu et comporte très peu de dessins en mouvement.

Le groupe O utilise le moins les ombrages (sans différence significative avec le groupe N).

Les groupes C et N dessinent plus de dessins de profil et rajoutent plus d'objets. La mesure de la taille n'a pas montré de différence significative entre les groupes.

Seule l'utilisation des ombrages était plus marquée dans le groupe X, suggérant une focalisation de l'anxiété.

Le dessin du sujet « névrotique » présenterait donc plutôt une continuité du trait, celui-ci étant de pression « raisonnable » avec un ombrage modéré et sans trop de mouvement. Il représente un personnage plutôt de profil et a tendance à ajouter des objets.

Le dessin du personnage du « caractériel » révèle quant à lui un tracé assez discontinu et léger avec un ombrage notable, plus de mouvement mais aussi une représentation plutôt de profil avec une tendance à l'ajout d'objets. Dans l'étude, il se rapprochait du dessin du sujet « normal ».

Exner constata également qu'il n'y a pas de corrélation entre l'emplacement du dessin sur la feuille et l'existence d'une névrose ou d'un trouble du caractère.

Il souligna enfin qu'il était préférable d'avoir une approche globale du dessin plutôt que d'essayer d'isoler des variables spécifiques.

En 1964, Handler et Reyher ont recherché des indices d'anxiété apparaissant sur trois dessins (homme, femme, automobile) réalisés par des individus soumis à des conditions stressantes comparés à une population-témoin.

Sur les trois dessins, l'épaisseur du trait, les ratures et l'omission des détails étaient les trois indicateurs les plus discriminants.

Chez les sujets stressés on retrouvait préférentiellement deux types de dessins. Il s'agissait d'une part de dessins « contractés », caractérisés par un tracé plus lourd, avec des ruptures, un manque de détails, des parties du corps plus ou moins détachées et une taille réduite, reflets d'une rigidité accrue en réponse au stress. D'autre part on observait des dessins « expansifs » plus marqués par une expansion des limites du personnage, des parties corporelles plus floues, un tracé avec des lignes mélangées ou bien clairsemé, une taille augmentée.

En 1965, les mêmes auteurs (Handler & Reyher) examinèrent 51 études sur le « Test du Dessin du Personnage ».

21 indices d'anxiété étaient ainsi répertoriés. Certains étaient en accord avec l'interprétation clinique traditionnelle de l'anxiété (présence corrélative) et d'autres non (corrélation non significative ou présence opposée).

Selon eux, le mode de réaction à la situation stressante (affronter ou bien éviter) explique ces divergences.

Les ombrages, les renforcements ou les effacements peuvent être absents chez des sujets qui fuient ou abrègent la situation de test du fait de leur anxiété. Ils sont par contre présents chez ceux qui affrontent leur anxiété.

Concernant la difficulté de différencier les sources internes et externes d'anxiété, ils suggèrent de considérer le tracé qui, marqué ou à l'inverse effleuré, indique l'anxiété ; le premier traduisant une anxiété d'origine externe et le second d'origine interne.

Au sujet de la taille du personnage, les résultats apparaissent contradictoires de même que la présence de transparences qui semble plus en rapport avec des troubles de la personnalité.

Pour l'emplacement du dessin sur la feuille, les auteurs affirment que l'anxiété a tendance à induire un déplacement du dessin de l'angle supérieur gauche de la feuille vers les autres emplacements.

Les omissions, le manque de détails et les distorsions semblent être de bons indices d'une anxiété qui néanmoins peut rester liée à la situation de test elle-même.

Saarni et Azara (1977) ont examiné les personnages dessinés par 195 sujets d'âges variables.

Ils ont repris les indices d'anxiété précédemment répertoriés (Machover, 1949 ; Hammer, 1958 ; Hoyt & Baron, 1959 ; Handler & Reyher, 1965 ; Koppitz, 1968).

Ils ont regroupé les patients en deux catégories : « hostile-agressif » (H-A) où les indices semblaient révéler un conflit, et la catégorie « inquiet-labile » (I-L) plutôt caractéristique de sujets timides, manquant d'assurance, anxieux ou réservés.

Pour la catégorie « H-A », les indicateurs graphiques d'anxiété sont : des dessins de grande taille, des bras et des mains d'une longueur disproportionnée, l'omission des bras ou bien une asymétrie importante dans leur représentation, une accentuation du tracé du cou, la représentation des dents ou des organes génitaux, la présence de cicatrices ou d'un strabisme et enfin des transparences.

Dans le type « I-L », le tracé est plus volontiers « gribouillé ». Le personnage est souvent représenté avec un socle, il est de taille réduite, incliné de plus de 15 degrés, avec une accentuation de la ligne centrale, des bras trop courts ou collés au corps, un visage sans nuances et de nombreuses omissions (cou, yeux, bouche, mains ou doigts, jambes ou pieds).

-e- Etudes sur les troubles mentaux « organiques » ou non :

Goldworth (1950), à l'aide d'un système de cotation comportant 51 items, compara les dessins du personnage réalisés par 4 groupes de sujets (normaux, névrotiques, schizophrènes et « cérébro-lésés »). Il constata une différence significative pour 38 des 51 items.

La tête dessinée par les sujets normaux est bien proportionnée contrairement à celle des « cérébro-lésés » ou bien ces derniers omettent des détails. Celle réalisée par les névrotiques est de moins bonne qualité que celle des individus normaux et dans le groupe des schizophrènes on observe une grande fréquence de visages distordus ou bien présentant des omissions importantes.

En ce qui concerne l'expression des visages dessinés, les sujets névrotiques représentent des personnages dont le faciès est plus triste que celui de sujets normaux ; les « cérébro-lésés » font des visages exprimant eux aussi la tristesse ou bien parfois vides d'expression. Les schizophrènes réalisent plus fréquemment des visages de poupées.

Les bras et les mains sont mieux représentés par les sujets normaux qui peuvent aussi les cacher derrière le dos. Ceux des névrotiques sont plus rigides et volontiers ballants, comme ceux des « cérébo-lésés » qui, de plus, sont raturés et mal proportionnés. Les schizophrènes dessinent des bras disproportionnés et frêles.

Les jambes, le tronc, les épaules et les pieds sont mieux figurés par les sujets normaux, puis les névrotiques, les schizophrènes et enfin les « cérébro-lésés ».

Les patients névrotiques dessinent plus volontiers des personnages dont l'attitude générale est déséquilibrée. Ceux des schizophrènes ont une attitude plutôt « flottante ». Quant aux « cérébro-lésés », leur représentation mêle les deux caractères.

Les sujets normaux ont plus que les autres tendance à recourir à l'effacement et aux ombrages, surtout au niveau des épaules.

–

Vernier (1952), dans un article sur les tests projectifs, a énuméré les indices fréquemment retrouvés dans les dessins de patients dits « organiques ».

Il s'agit de personnages en position excentrée sur la feuille, aux membres contractés, dont les bras et les mains ont subi des effacements, avec des doigts « en pétale » ou bien griffonnés, avec des yeux figurés par des fentes. Le tracé est plus volontiers interrompu et esquissé que simple et appuyé.

L'auteur a aussi retenu des critères concordant avec ceux de Machover (1949) tels la largeur de la tête et du visage, des proportions erronées, une « pauvreté » d'ensemble du dessin, un manque de détails, un aspect « vide ».

Toujours dans la perspective de dégager des indices picturaux en faveur d'une atteinte cérébrale organique, Reznikoff et Tomblen (1956) ont examiné les dessins du personnage réalisés par trois groupes de patients [Groupe I : « syndrome cérébral chronique » (DSM I), Groupe II : sujets schizophrènes, Groupe III : sujets névrotiques].

Parmi une liste de 17 items réduits à 15 (2 items s'étant révélés impossibles à évaluer) 5 items se sont avérés plus prévalents chez les sujets du groupe I (donc « organiques ») : le manque d'unité du dessin avec des parties mal jointes, des parties à l'évidence mal placées, distordues (taille et/ou forme) hormis la tête, des membres rétrécis (plus fins ou plus courts), des doigts en forme de pétales ou bien griffonnés.

-3- Etudes spécifiques :

-a- Etudes sur l'image du corps et la représentation de soi :

En 1953, Kotkov et Goodman se sont intéressés à l'image corporelle véhiculée par le dessin du personnage chez une population de femmes obèses comparée à un groupe-témoin.

Leur personnage est généralement grand, large, avec une tête volumineuse et disproportionnée par rapport au reste du corps, les épaules sont larges et le dessin fréquemment localisé au tiers supérieur et à gauche de la feuille.

Selon Bodwin et Bruck (1960), la conception de soi peut être définie au travers de 5 critères : la confiance en soi, la liberté d'exprimer des sentiments appropriés, une bonne estime de soi, la satisfaction de ses réalisations et le sentiment d'être apprécié par les autres.

Dans leur étude, ils ont mis en évidence 13 caractéristiques représentatives du concept de soi au travers du dessin.

Il s'agit d'un tracé renforcé ou effleuré, d'une addition de détails ou au contraire d'un dessin incomplet, de la présence d'ombrages, de transparences ou d'effacements, d'une

asymétrie ou de distorsions, de la coexistence d'éléments d'âges différents, d'un aspect « archaïque » du dessin, d'une « immaturité » et enfin d'identifications au sexe opposé.

Après élimination de 4 items s'étant révélés non discriminants (l'asymétrie, l'addition de détails, les ombrages et les éléments d'âges différents) ils ont retrouvé une corrélation significative (0.64) entre leur échelle à 9 items et un entretien structuré.

Apfeldorf et Smith (1966), partant de l'hypothèse selon laquelle le dessin du personnage reflétait la conception qu'avait le dessinateur de lui-même, eurent l'idée de demander à plusieurs juges d'apparier une série de dessins du personnage avec la photographie de leur auteur et de comptabiliser le nombre de regroupements réussis.

Le nombre moyen de regroupements réussis par les différents juges fut seulement de 1.24 sur 5, permettant aux auteurs de suggérer que certains individus ne se dessinaient pas mais réalisaient plutôt une image idéalisée d'eux-mêmes.

Millet, Micas-Joffre et Desclaux (1975) utilisèrent le dessin du personnage chez l'hypocondriaque.

Pour ces auteurs, « le test graphique apparaît sensible au blocage affectif. l'épreuve du dessin du personnage offre au sujet testé un espace vide qu'il ne peut habiter et combler qu'en y projetant une évocation de l'image du corps qui lui est rigoureusement personnelle. Projection du Moi, le dessin de la forme humaine offre la possibilité d'expression des besoins personnels et des conflits du réalisateur. Le test du personnage a surtout une valeur d'orientation dans l'appréciation des tendances de la personnalité : on y retrouve l'agressivité, le narcissisme, la régression, l'infantilisme, l'anxiété ».

Dans leur étude deux caractéristiques sont fréquemment retrouvées : la décentration vers la gauche du personnage dans la zone introversive et l'oubli, ainsi que l'imprécision de parties importantes du corps (pieds, bras, mains) témoignant d'une perturbation de l'image de soi.

L'hypocondriaque a une difficulté d'exécution des limites corporelles se traduisant sur le dessin par un contour esquissé, des solutions de continuité, voire un contour inexistant.

-b- Etude sur la personnalité :

Lewinsohn (1965) a étudié les corrélations existant entre l'aspect qualitatif des dessins du personnage réalisés à l'admission et à la sortie de 89 patients hospitalisés en service de psychiatrie (42 hommes et 47 femmes) et les résultats obtenus aux sous-échelles du MMPI.

Pour les hommes, il a conclu à une corrélation significative aux échelles de Force du Moi, de Déviation Sexuelle et à l'échelle F.

Pour les femmes, la corrélation était significative pour les échelles d'Anxiété, de Contrôle, de Mensonge, à l'échelle Psychopathique et à l'échelle de Féminité.

Il a également remarqué que la qualité globale du dessin était corrélée positivement avec un bon niveau occupationnel et négativement avec des traits d'irritabilité. Elle était aussi corrélée positivement avec une bonne adaptation à la sortie de l'hôpital.

-c- Etudes sur l'emplacement du dessin sur la feuille :

Selon Buck (1948), les dessins placés dans l'angle supérieur gauche de la feuille s'observent plutôt chez des sujets très anxieux ou régressifs.

Pour Biedma et D'Alfonso (1955), si l'on considère que la feuille représente le milieu du sujet, plus la taille du dessin est réduite et moins l'expansivité du dessinateur est grande. Ne pas prendre possession de la totalité de la page peut alors signifier un défaut de prise sur l'environnement, un manque d'autonomie ou bien un excès de prudence.

Hammer (1958), estime que le placement du dessin en haut de la page indique un effort de lutte ; au centre de la page il traduit un bon équilibre ; à gauche il suggère une impulsivité, impulsivité maîtrisée lorsque le dessin est réalisé à la partie droite de la feuille.

Dennis (1958) avait constaté que les arabes dessinent dans le quadrant supérieur droit alors que les américains et les arméniens dessinent plutôt dans le quadrant supérieur gauche.

D'après Dennis et Raskin (1960), le choix d'un autre emplacement permet de supposer que des facteurs de personnalité influent sur l'emplacement du dessin.

Abraham (1963), à la suite de Buck (1948), affirme que l'emplacement sur la feuille est le témoin de la position dans laquelle le sujet se situe dans son environnement relationnel.

Selon lui, l'emplacement central demeure majoritairement utilisé.

La partie gauche de la feuille est le « côté de soi-même », l'orientation vers le passé, l'émotion pure et non soumise au contrôle de l'éducation. Un dessin situé à l'extrême gauche de la page traduirait des tendances régressives et/ou une anxiété, comme si le sujet se blottissait dans un recoin.

La partie droite de la feuille est la zone figurant l'apprentissage, le contrôle intellectuel, ce qui est « du côté des autres » et l'orientation vers le futur.

Gray et Pepitone (1964) considèrent que les sujets ayant une haute estime d'eux-mêmes réalisent des dessins du personnage couvrant une surface plus importante que les individus ayant une piètre estime d'eux. Toutefois, ils n'établissent pas de corrélation entre l'estime de soi et l'emplacement sur la feuille.

-d- Etudes sur l'orientation du personnage sur la feuille :

Crovitz, en 1963, observait que la grande majorité des dessins figuraient des personnages de face.

Le sexe du dessinateur influe sur l'orientation (plus de profils chez les hommes), comme la latéralisation (les droitiers dessinent plutôt des profils gauches et les gauchers indifféremment).

Selon Abraham (1963), le recours à la représentation de profil permettrait l'expression du mouvement. La forme ronde (de face) représente la féminité. Le profil et la forme angulaire seraient par contre plutôt à mettre en relation avec le symbole « masculin-phallique ».

-e- Etudes sur la taille du personnage :

Kleemeir et al. rapportèrent en 1956 une relation positive entre la taille, la qualité du dessin du personnage et la performance psychomotrice globale des sujets âgés.

Selon Golstein et Rawn (1957), l'agressivité induite expérimentalement n'a pas tendance à provoquer une augmentation de la taille du dessin ni à modifier le tracé.

Abraham, en 1963, émettait l'hypothèse selon laquelle la hauteur du dessin était conditionnée par divers facteurs dont l'image et l'estime de soi, l'idéal du Moi et le Moi idéal narcissique. Ces facteurs sont interdépendants, l'angoisse en étant le point nodal.

La taille du personnage dessiné serait un indice de l'estime de soi et, qu'elle s'exprime en surface ou en hauteur, sa réduction serait favorisée par l'anxiété.

Chez les personnes âgées, les dimensions diminueraient progressivement avec le vieillissement, ceci d'autant plus que l'auto-dépréciation est marquée.

Les dessins de très petite taille seraient fréquents chez les déprimés et les sujets ayant tendance à se déprécier.

Lewinsohn (1964) a montré que des dessins de petite taille étaient indicateurs de dépression.

Salzman et Harway (1967) ont remarqué une différence significative dans la taille des dessins du personnage entre une population de sujets psychotiques dépressifs et une population-témoin, cette différence disparaissant après traitement des dépressifs par sismothérapie.

-f- Etudes sur l'âge attribué au personnage :

Lehner et Silver (1948) ont constaté que l'âge attribué au personnage dessiné augmentait avec l'âge du dessinateur jusqu'à l'âge de 25 ans. Au delà de cet âge il avait tendance à diminuer.

L'étude réalisée en 1951 sur 188 patients hospitalisés pour des troubles psychiatriques divers par Giedt et Lehner révéla que les sujets ayant moins de 35 ans avaient tendance à attribuer à leur personnage un âge supérieur au leur, alors qu'au delà de 40 ans c'était l'inverse.

D'après Abraham (1963), le dessinateur attribue en général au personnage son propre âge et des écarts importants sont en général l'indice de troubles divers.

Un personnage plus jeune témoigne de tendances régressives.

L'attribution d'un âge relève donc de mécanismes projectifs qui, dans leur complexité, se posent en indices des désirs, des attitudes culturelles et des perspectives temporelles du sujet.

-g- Etudes sur le choix du sexe du personnage :

Abraham (1963) observa qu'il était difficile d'identifier le sexe des personnages dessinés par les personnes âgées car les caractères graphiques exprimant la différenciation et la spécification du sexe sont particulièrement pauvres.

En 1966, Gravitz étudia le choix de l'identité sexuelle du personnage dessiné par des sujets « normaux » des deux sexes, d'âges (17 à 59 ans) et de catégories socioprofessionnelles très différents.

Elle a observé que 76% des individus avaient dessiné un personnage du même sexe que le leur, surtout les hommes (85% contre 67% des femmes). 29% des femmes et 13% des hommes dessinent un personnage du sexe opposé ; et l'absence de différenciation sexuelle s'observe deux fois plus sur les dessins réalisés par les femmes que par les hommes.

En considérant les tranches d'âge auxquelles appartiennent les sujets, elle remarqua que la tendance à dessiner un personnage du même sexe augmente en fonction de l'avancée en âge chez les hommes, ce qui n'est pas le cas chez les femmes.

Pour Waehler et Zaback (1991), une mauvaise estime de soi incite le sujet masculin à dessiner un personnage de sexe féminin. Par contre chez les femmes le rôle social plus que l'existence d'un conflit psychologique conditionne le choix de la réalisation d'un personnage de sexe masculin.

Ils ont aussi montré en 1994 que le sexe du dessinateur influait sur le choix du sexe attribué au personnage, mais qu'il ne s'agissait pas de l'unique facteur déterminant puisque la physionomie générale du dessin jouait aussi un rôle.

-h- Etude sur le tracé :

D'après Hammer (1958), l'épaisseur des traits reflète certains traits de caractère.

Les individus agressifs et autoritaires produisent un tracé épais (traduisant leur volonté de se différencier du monde environnant) alors que les individus soumis et passifs (ayant des difficultés à s'en distinguer) feront des traits plus fins.

-i- Etude sur les interactions avec l'examinateur :

La qualité du dessin est soumise à l'influence de la présence ou de l'absence de l'examinateur lors de sa réalisation.

Il existe plus de signes « déviants » lorsque l'examinateur est absent (Cassel et al., 1958).

Elle est également affectée par l'attitude sévère ou conciliante de celui-ci (Silverstein, 1966).

-4- Etudes chez le sujet âgé :

-a- Etudes en population âgée générale :

Ce n'est qu'à partir des années cinquante que le « Test du Dessin du Personnage » a fait enfin l'objet de travaux spécifiques chez la personne âgée.

Dans l'étude de Lorge et al. (1954), il était question de tester l'hypothèse selon laquelle les dessins des sujets âgés subissaient une perte importante d'intégrité en comparant avec une échelle d'évaluation composée de 7 critères (« Echelle de Lorge & Dunn ») les dessins du personnage effectués par des personnes âgées à ceux d'une population de jeunes adultes.

Les critères retenus étaient l'identification du sexe du dessinateur à partir du dessin, l'intégrité (c'est-à-dire l'absence d'omission de parties importantes du corps), un corps bien formé, la profondeur (dessin en trois dimensions ou impression de solidité), le respect de

proportions adéquates dans la réalisation des différentes parties du corps, l'absence de bizarrerie dans le dessin et enfin une coordination motrice correcte.

Le quart seulement des dessins effectués par des sujets âgés était de bonne qualité. Ils étaient en majorité incomplets, « plats », bizarres, manquant d'intégrité, manquant aussi de différenciation sexuelle, avec un irrespect des proportions. Ils trahissaient aussi un manque de coordination motrice de la part de leurs auteurs. Ces dessins correspondaient globalement à ceux qu'auraient pu réaliser des enfants de sept ans et demi à neuf ans.

Une autre étude, celle de Lakin (1956), s'intéressait à la population institutionnalisée.

Trois variables étaient observées sur les dessins du personnage : la surface occupée par le dessin, sa taille et l'emplacement sur la feuille.

L'auteur constata que les vieillards institutionnalisés avaient une propension à dessiner des personnages de taille fortement réduite par rapport à des enfants normaux de dix ans. De même, la surface occupée était moindre et le centrage sur la page était imparfait.

Pour lui, si les dessins des enfants étaient de grande taille, cela correspondait au fait qu'ils se trouvaient dans une période d'expansion de leur personnalité et « d'affirmation euphorique de soi » contrairement aux sujets âgés institutionnalisés qui se trouvaient dans une phase involutive.

Sa conclusion fut que la représentation et l'image de soi se révèlent au travers du dessin.

L'étude de Jones & Rich (1957) a permis de montrer que Le « Test du Dessin du Personnage » pouvait être utilisé pour une estimation rapide et précise du niveau intellectuel du sujet âgé.

En effet, ils observèrent que la taille des dessins et le résultat au test de Goodenough sont corrélés au QI mesuré par les échelles d'intelligence de Weschler-Bellevue.

Lakin (1960) étudia les perturbations que pouvait engendrer l'institutionnalisation sur l'image corporelle.

Il appliqua le « Test du Dessin du Personnage » à deux populations (36 sujets institutionnalisés et 36 sujets non institutionnalisés, d'âges compris entre 67 et 85 ans, en excluant les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique connue).

Il nota des différences significatives en faveur de la population non institutionnalisée en ce qui concerne la surface, la taille et l'emplacement sur la feuille (centrage). Les dessins réalisés par les personnes âgées institutionnalisées étaient plus petits, plus « comprimés », moins bien centrés.

Selon lui ce n'était pas l'âge seul du sujet mais aussi la conscience des modifications de son statut et de son mode de vie qui influaient sur l'altération de l'image corporelle au travers du dessin du personnage.

Tuckman et al. (1961) ont observé l'évolution de l'image de soi au cours du vieillissement à l'aide du « Test du Dessin du Personnage ».

Il n'apparaissait dans les dessins aucune différence significative pouvant être attribuée à l'âge, au lieu de vie (pas d'influence de l'institution), à l'évaluation de la capacité fonctionnelle et des perturbations psychiques.

Les auteurs suggèrent que l'image de soi pourrait être influencée par les attitudes culturelles à l'égard de la vieillesse (en particulier négatives).

Les dessins réalisés par les personnes âgées reflètent deux tendances qui s'opposent, l'une étant la propension de l'individu à s'idéaliser (à se représenter comme il était par le passé ou bien comme il aurait voulu être) ; la seconde est par contre celle qui le pousse à se sous-estimer en se représentant tel que sa culture l'incite à se sentir et à se comporter. Ces deux forces opposées peuvent s'annuler. Ce qui subsiste pourrait globalement représenter l'image de soi telle qu'elle est actuellement conçue par l'individu et révéler une atteinte de l'intégrité physique et psychologique.

En 1962, Gilbert et Hall ont relevé des similitudes entre certains dessins de sujets âgés « normaux » et ceux des psychotiques de tous âges (distorsions grossières, visages mêlant des éléments de face et de profil, transparences plus marquées, parties malpositionnées et aspect primitif du dessin).

Ils se sont interrogés sur l'existence éventuelle d'un dysfonctionnement du Moi dans les deux groupes, celui-ci conduisant à l'appauvrissement de l'image du corps.

Leur seconde hypothèse était qu'il existerait un « facteur central » responsable des distorsions perceptives. Si avec l'avancée en âge l'on assiste à une tendance grandissante du sujet à figurer des incoordinations motrices flagrantes, des incongruités, des absurdités, des

transparences, une double perspective, une fragmentation et des caractéristiques primitives, on ne sait pas si les distorsions perceptivo-motrices observées dans le dessin des schizophrènes et des personnes âgées « normales » sont dues à un facteur dit « central » responsable d'un déclin global ou bien à une perturbation émotionnelle qui résulterait d'une altération du concept de soi et de l'image du corps.

Lieberman (1965) étudia si des changements psychologiques intervenaient chez des personnes âgées dans la période qui précède leur disparition à l'aide du « Test du Dessin du Personnage » et de Bender-Gestalt.

L'évaluation consistait en la comptabilisation des parties du corps représentées et sur l'appréciation du respect des proportions entre ces différentes parties.

Les résultats étaient en faveur d'une simplification (moindre complexité) au fil du temps des dessins produits par les sujets promis à une mort prochaine. Les changements dans les proportions et la précision des dessins paraissent significativement corrélés avec la maladie et la mort.

L'étude d'Apfeldorf et al. (1966) confirma les résultats des travaux de Jones et Rich (1957), lesquels suggéraient que l'appréciation de la taille du personnage dessiné permet une bonne évaluation de l'intelligence dans un population âgée institutionnalisée.

Elle souligne l'importance de l'évaluation de l'intelligence au travers du dessin du personnage chez le sujet âgé vivant en maison de retraite.

D'autre part, les auteurs suggèrent que le centrage pourrait refléter l'anxiété ou la régression.

Oberleder, en 1967, recommande l'utilisation du « Test du Dessin du Personnage » chez l'âgé ; cependant elle affirme qu'il est d'une validité discutable.

Elle cite l'étude de Lewinsohn (1964), qui proposa l'existence d'une relation entre la taille du personnage dessiné et la présence d'une dépression.

Selon l'auteur cela ne serait pas incompatible avec la tendance naturelle qu'ont la plupart des sujets âgés à réaliser de petits dessins. Il pourrait aussi s'agir d'un indice supplémentaire témoignant d'une composante dépressive sous-jacente, telle qu'elle est supposée exister chez la plupart des personnes âgées.

Lavagna (1967) signale que l'intérêt d'étudier le dessin du personnage réside en grande partie dans le fait qu'il s'agit d'un test de mémoire où intervient aussi la personnalité de chacun. C'est en cela qu'il est différent de l'écriture, langage graphique qui est un produit de la civilisation répondant à une codification arbitraire et conventionnelle.

Le sujet ne dessine pas ce qu'il voit ou sait mais plutôt ce qu'il lui importe d'exprimer, ce qui lui vient spontanément au terme d'un choix à la fois conscient et inconscient.

L'auteur souligne que la connaissance de l'évolution du dessin chez l'enfant présente un intérêt dans la compréhension des régressions observées dans les dessins de la personne âgée. Cependant, le symbolisme poussé dans les détails du dessin du personnage limite l'interprétation des dessins du vieillard à cause de leur fréquente pauvreté.

Examinant les dessins produits par des sujets déments, il constate que la régression du dessin suit de manière parallèle l'involution du patient du fait de sa maladie et l'image qu'il a de lui-même. Les dessins sont souvent de petite taille, incomplets, ils manquent d'intégration, les proportions et les rapports anatomiques ne sont pas respectés. Le trait est hésitant, « rattrapé », flou. Le dessin est toujours statique, figé. Le dessin du sujet dément suivant sa régression, l'on observe successivement un « corps-fantôme », puis un corps disloqué et morcelé avant d'être face à un « gribouillage » informe.

Conditionné étroitement par le stade de la régression, le dessin du sujet dément est le reflet de ses capacités expressives et instrumentales et n'aurait donc pratiquement aucune valeur projective.

Chez des patients dépressifs, il remarque que l'agressivité vis-à-vis de l'objet s'applique à l'image de soi à laquelle il se confond. C'est pour cela que la relation entre l'individu et son image se trouve perturbée, contaminée par l'agressivité jaillie de la dépression.

D'autres facteurs ont également une influence sur la qualité du dessin du personnage : l'âge, éventuellement l'adaptation à l'institution, la façon dont la personne appréhende son vieillissement. Le dessin est donc soumis à l'appréciation (ou plutôt la dépréciation) que l'auteur a de lui-même. Ce dessin est d'autant plus petit, incomplet, avec des contours flous, hésitants, malformé. Il est excentré, l'on observe régulièrement un vide à la place des parties sexuelles. Avec l'amélioration de la dépression, l'on assiste à une augmentation de la taille du dessin qui devient plus net, mieux centré et sexuellement différencié.

Gravitz s'interrogea en 1966 sur les relations susceptibles d'exister entre le statut matrimonial de sujets âgés et leur performance au « Test du Dessin du Personnage ».

Il ne put prouver l'existence d'une corrélation entre la situation matrimoniale et la qualité des dessins ainsi que la représentation du sexe chez la femme âgée. Par contre, il remarqua chez l'homme âgé (sans se préoccuper de la situation matrimoniale) une tendance à toujours représenter des personnages du même sexe.

Plutchik et al. (1978) ont envisagé l'image corporelle telle qu'elle pouvait être figurée au travers du dessin du personnage dans des population variées, de sujets âgés ou non, malades ou non.

Ils formulèrent pour cela deux hypothèses. La première était que le processus du vieillissement lui-même conduisait tout au long de la vie l'individu à procéder à des remaniements de la conception qu'il a de se propre personne. La seconde hypothèse était que l'identité corporelle est plus problématique pour les malades mentaux que pour les autres.

Sur une population de 186 individus (48 personnes âgées « normales », 33 patients hospitalisés en gériatrie, 30 adultes souffrant de schizophrénie et 75 jeunes adultes « normaux ») ils étudièrent pour chacun deux dessins (un homme et une femme nus) à l'aide d'une échelle en dix points évaluant divers secteurs de dysfonctionnement assortie d'une échelle en douze points développée par Koppitz (1968) appréciant l'anxiété et les perturbations du fonctionnement. (Les 12 indicateurs de Koppitz sont : une mauvaise intégration des différentes parties du corps, l'ombrage de tout ou partie du visage, du corps, du cou, une asymétrie grossière des membres, un personnage incliné de quinze degrés ou plus, l'existence de transparences, d'un strabisme, des dents apparentes, des bras collés au corps, des grosses mains, des jambes serrées).

Ils ont constaté l'aggravation parallèle à l'avancée en âge des dysfonctionnements et de la détérioration intellectuelle (par exemple l'absence de différenciation sexuelle et des signes de dépression ou d'anxiété). Il existe en outre des différences éminemment significatives sur la plupart des paramètres évalués entre le groupe des adultes « normaux » et celui des vieillards « normaux » (tout comme cela était le cas entre les adultes « normaux » et les schizophrènes).

Par contre, la comparaison des dessins du personnage effectués par les sujets âgés « normaux » à ceux des adultes et personnes âgées malades ne révélait que très peu de différences.

Les sujets âgés tendent à dessiner des personnages plus petits, simplifiés et moins bien différenciés sur le plan sexuel.

Les observations réalisées au cours de cette étude ne signifient pas que le « Test du Dessin du Personnage » est capable de différencier les vieillards « normaux » des vieillards pathologiques. Elles suggèrent par contre que le processus de la sénescence a pour son propre compte des effets sur la production graphique telle qu'elle est observée au travers du « Test du Dessin du Personnage », effets comparables à ceux qui sont observés au cours de la maladie mentale quel que soit l'âge du dessinateur. Une carence relationnelle avec l'entourage, qu'elle soit induite par la maladie ou l'institutionnalisation, pourrait agir en ce sens.

Selon ces auteurs, de grandes précautions doivent être prises lorsqu'on envisage d'utiliser le « Test du Dessin du Personnage » dans l'approche psychopathologique du vieillard car les fondements de son interprétation résultent des études réalisées chez l'enfant (et l'adulte dans une moindre mesure) et ne peuvent être transposables telles quelles à la personne âgée.

Toujours en 1978, Kahana, étudiant l'apport des techniques projectives dans l'évaluation de la personnalité chez la personne âgée, reconnaît l'influence de la régression de l'habileté psychomotrice (par exemple due aux pathologies rhumatologiques) et de la réduction de l'acuité visuelle sur la qualité des productions graphiques des individus vieillissants.

Il cite deux études, celles de Modell (1951) et de Wolk (1971), ayant utilisé le « Test du Dessin du Personnage » comme critère d'appréciation des changements sous traitement (notamment au travers de l'augmentation de la taille du personnage dessiné, l'augmentation des détails figurés avec l'amélioration de la dépression, de la réouverture vers les autres et de la reprise du contact avec la réalité).

En 1983, Panek et al. colligèrent les divers travaux ayant trait aux tests projectifs appliqués à la personne âgée. L'examen de la littérature se rapportant au dessin du personnage

les conduisit à remarquer la divergence des résultats et conclusions publiés, notamment à propos des modifications qu'engendre le vieillissement sur le dessin.

C'est ainsi que les travaux de Lorge et al. (1954) de même que ceux de Gilbert & Hall (1962) établissent que le vieillissement engendre une distorsion de l'image corporelle, une régression qualitative, des dessins inachevés et un manque d'intégration. D'autres publications (telles celles de Lakin, 1960 ; Tuckman et al., 1961) ne parviennent pas à mettre en évidence de différence significative en relation avec l'avancée en âge.

Certaines études, dont celle de Lorge et al. (1954), tendent à considérer le « Test du Dessin du Personnage » comme une technique d'évaluation approximative et un indicateur grossier du niveau d'adaptation du sujet âgé.

Néanmoins, les auteurs reconnaissent que les techniques projectives ont apporté une contribution importante à la compréhension des processus psychologiques accompagnant les processus du vieillissement, qu'il soit normal ou pathologique.

Houllemare (1984) a étudié l'aspect formel de la représentation du personnage chez la personne âgée.

Pour cela, elle a réuni un échantillon de 108 personnes âgées de plus de 65 ans, valides et autonomes, et leur a demandé de dessiner un personnage. Le test était assorti de quatre questions : « Ce personnage, c'est un homme, une femme, un garçon ou une fille ? », « Quel âge a-t-il (elle) ? », « S'il (elle) pouvait parler, que dirait-il (elle) ? » « ... Et qu'est-ce qu'il (elle) fait ? ». Elle a utilisé ensuite une grille de cotation comportant 60 items inspirée de celle de Royer (1977) mais sans prendre en compte la couleur puisque Jouve (1982) avait montré que la plupart des personnes âgées (90%) produisent des dessins monochromes contrairement aux enfants.

Elle concluait qu'une évolution de la représentation du personnage en fonction de l'âge est indéniable.

La pauvreté observée des dessins des vieillards tend à les situer au niveau de ceux qui sont produits par des enfants de 7-8 ans, bien que pour certains items leur niveau atteigne celui d'enfants de 10-12 ans.

Le niveau d'éducation scolaire influe sur l'ensemble des scores partiels et sur la note globale, hormis pour les niveaux supérieurs au baccalauréat (où l'investissement intellectuel

et le recours à la schématisation sont facteurs d'inhibition spécifique, ces éléments pouvant être interprétés comme une volonté de camoufler leur refus de l'épreuve projective).

La performance à l'échelle globale est influencée par l'âge avec une amélioration pour la tranche la plus âgée. Toutefois, l'âge intervient différemment selon le sexe (les femmes les moins performantes ont entre 65 et 70 ans alors que les hommes sont moins performants entre 75 et 80 ans).

L'habitude de la pratique du dessin influence également le score.

Par contre, ni la situation familiale ni la durée écoulée depuis le mise à la retraite ni l'avis exprimé par le sujet sur son état de santé n'ont d'influence.

L'auteur insiste sur l'impérative nécessité de s'interroger sur l'aspect régressif ou non, dénué ou non de détails du dessin.

Elle constate qu'une impossibilité à sexualiser le dessin est rare, même verbalement (4% des cas).

La tête est toujours représentée et est dessinée avec plus d'application que le reste du corps (« valorisation de la tête »).

Elle a relevé un manque de respect des proportions (« distorsions du schéma corporel dans les proportions et la représentation des membres »).

L'omission des bras serait causée par une forte inhibition. La main est souvent représentée de manière primitive chez la personne âgée.

Les vêtements sont eux aussi rarement figurés (« peu détaillé ») ce qu'elle interprète comme un désir régressif de communication à un niveau non verbal, les vêtements s'interposant entre le corps et le monde environnant comme une seconde peau.

Certains individus omettent de fermer le tronc du personnage. Elle suggère que cette anomalie du schéma corporel serait liée à une perturbation de la représentation de contenance.

Sur l'échantillon, la taille moyenne des personnages dessinés était de 14.1 centimètres (3.5-28). Elle reste en moyenne équivalente à celle des adultes et semble par contre varier en fonction de l'âge et du niveau scolaire. La perte objectale que représente le veuvage ainsi que la perte du rôle social semblent provoquer une réduction de la taille du personnage.

L'auteur a aussi considéré l'emplacement sur la feuille. S'appuyant sur les données de la littérature, il était établi un certain nombre de caractères susceptibles d'êtres déduits de cet emplacement (« organisation symbolique de l'espace de la feuille ») :

- Bas de la page : représente la terre, figure la matérialité, la dépression ;

- Haut : l'imagination, le spiritualisme, l'optimisme, l'ambition, l'idéalisme, le désir de se réaliser ;
- Côté Droit : « extraversion, orientation vers le futur, impulsivité et satisfaction des pulsions et des besoins, ouverture vers les autres, contrôle de l'intellect sur les sentiments » (Abraham, 1963) ;
- Côté Gauche : « introversion, retour sur le passé, contrôle des instincts, hyperémotivité, anxiété, tendance régressive » (Abraham, 1963) ;
- Angle Supérieur Gauche : traduit une « action limitée » (Royer, 1977), l'anxiété (Abraham, 1963).

Houllemare remarque que le dessin est le plus souvent réalisé en haut et à gauche chez la personne âgée.

De même, elle signale une légère prédominance des représentations de face.

Les hommes ont tendance à choisir de représenter plutôt leur propre sexe que les femmes.

Il se dégage une nette tendance à attribuer au personnage un âge inférieur au leur. Cependant, ceux qui se plaignent d'une maladie particulière le vieillissent.

Dans le commentaire le sujet exprime soit une attitude vis-à-vis des conditions de passation du test telles qu'elles ont été éprouvées dans leur dimension relationnelle ou bien, il aborde des sujets qui le préoccupent et plus rarement le satisfont. L'activité attribuée au personnage se situe soit dans le registre de l'activité professionnelle soit dans la réalisation des tâches ménagères ou bien en relation avec la retraite, soit dans une relation avec autrui. Certains personnages sont inactifs, ne font rien ou sont dans une posture statique.

En 1987, Houllemare et Montani proposèrent une esquisse du dessin du personnage-type obtenue à partir des résultats des dessins recueillis sur l'échantillon précédent.

Le personnage est placé au centre de la feuille ou bien en haut et à gauche de la page ; il est bien orienté (debout) ; il se trouve de face ou de profil, mais dans ce dernier cas son visage est orienté vers la gauche. Il mesure environ 14 centimètres, a une grosse tête, un gros tronc, des membres frêles surtout les bras, sans indication de vêtement ni identification sexuelle.

Le trait est plutôt appuyé, discontinu, légèrement tremblant.

La finition comporte la bouche, des yeux bien placés sur le visage, sans « prunelle » ni sourcils, le nez est de forme assez élaborée, il y a des cheveux mais les oreilles ne sont pas figurées. Ce personnage possède un cou, au tronc sont attachés des bras et des jambes dessinés à double trait, les mains sont assez primitives et les pieds ne portent pas de chaussures.

Houllemare et Montani remarquent que le geste du vieillard, même s'il a été entraîné tout au long de sa vie, tend à se rigidifier. Le personnage qu'il dessine apparaît beaucoup plus soumis aux distorsions personnelles et affectives que celui dessiné par l'enfant et l'adulte.

La représentation du personnage ne peut s'affranchir de la somme des expériences vécues tout au long de l'existence du dessinateur.

Les modifications morphologiques induites par le vieillissement altèrent l'idée que l'individu se fait du personnage.

Les auteurs ont été frappés par une discordance entre le personnage dessiné et le personnage élaboré au travers du commentaire.

L'un des avantages du « Test du Dessin du Personnage » sur d'autres épreuves est de laisser « l'empreinte » directe du patient et peut se prêter parfaitement aux études longitudinales.

Hayslip et Lowman (1986) ont envisagé l'apport des techniques projectives dans l'approche clinique des sujets âgés.

Selon eux, elles n'ont pas de valeur en tant que test : ce sont plutôt des instruments cliniques dépendant grandement du talent du praticien.

Leur revue de littérature les conduit à observer que certaines études considèrent le dessin du personnage comme un indicateur du niveau du fonctionnement intellectuel alors que d'autres suggèrent que de telles techniques sont à même d'apprécier avec exactitude l'image corporelle et la conception qu'a l'individu de lui-même.

D'autre part, le « Test du Dessin du Personnage » serait un moyen d'évaluation de l'intelligence moins inquiétant pour le patient que la plupart des techniques plus conventionnelles, en particulier avec des personnes âgées hostiles et méfiantes.

Les auteurs déplorent toutefois l'existence de faiblesses méthodologiques dans la plupart des études menées sur le dessin du personnage chez le sujet âgé.

Herfray, abordant en 1988 la question de la vieillesse sous un aspect psychanalytique, souligne l'intérêt d'étudier l'expression picturale de la personne âgée.

En effet, le Moi exerçant de manière moins pregnante sa fonction de contrôle, le graphisme, entre autres moyens d'expression, est moins soumis à des mécanismes de type déplacement et condensation, ce qui permet à l'observateur de se livrer à une lecture directe des productions.

Liotard (1990) a exploité le « Test du Dessin du Personnage » chez des personnes âgées soumises à une rééducation psychomotrice avec pour objectif d'apprécier leur évolution.

Comme Abraham l'avait fait en 1982, elle constate dans le corps humain dessiné par la personne âgée un déficit analogue aux stigmates liés au vieillissement ou à une lésion organique. « Ce n'est pas seulement le vieillissement de l'individu qui détermine l'image qu'il a de lui-même mais la manière dont il ressent son vieillissement et se situe par rapport au problème qu'il pose ».

L'observation de l'évolution des dessins la conduit à contester les descriptions faites par Lorge et al. (1954).

Aux côtés de sa fonction principale « d'outil » de dépistage utilisé dans le cadre de bilans (« renseignant sur l'organisation et la structuration du schéma corporel, la latéralité, l'organisation spatiale et le tonus à travers le tracé »), elle lui accorde d'autres vertus tout autant dignes d'intérêt. Il s'agit d'une fonction de langage (le dessin intervient comme support privilégié des mots), de représentation (« espace pour se découvrir autre et accéder à son altérité »), de mémoire (« le dessin sollicite et fixe la mémoire des faits anciens, il stimule la mémoire antérograde »), et enfin d'une fonction de « don ».

-b- Etudes chez les personnes âgées démentes :

De Ajuriaguerra et al. (1960) ont étudié les troubles praxiques survenant au cours de l'évolution des démences.

S'inspirant de la théorie génétique de Piaget, ils postulèrent que la démence entraînait une désintégration des facultés cognitives reproduisant à l'inverse la chronologie de leur acquisition.

Au sujet de l'altération des praxies constructives ils distinguèrent différents stades évolutifs corrélés à la sévérité de l'atteinte démentielle.

C'est ainsi qu'au premier stade de la démence, les atteintes visuoconstructives s'expriment dans la disparition de la représentation de la troisième dimension lorsque le sujet doit réaliser un dessin complet alors qu'il est toujours capable de percevoir la perspective s'il doit compléter un dessin partiellement exécuté.

Au second stade, l'on observe une aggravation se traduisant notamment par l'impossibilité de réaliser des constructions avec des cubes. Les dessins sans modèle de la maison et du personnage deviennent méconnaissables ; la représentation de la perspective, même avec un modèle, disparaît totalement. Par contre les formes géométriques s'exprimant dans deux dimensions restent correctement dessinées.

A un troisième stade les auteurs remarquent que les dessins deviennent incomplets, fragmentés et désorganisés. Certains ressemblent aux premières productions réalisées par les jeunes enfants, notamment le « bonhomme-têtard ». Les figures simples telles le carré et le rectangle ne sont plus différenciées. Les patients commencent à manifester des comportements de fixation au modèle (« closed-in »). A ce stade de la maladie les praxies constructives semblent complètement désorganisées.

Les auteurs ont procédé à la comparaison de 21 sujets déments séniles à 9 personnes âgées institutionnalisées faisant office de témoins. Pour cela ils les ont soumis à différents examens cliniques et tests neuropsychologiques dont le « Test du Dessin du Personnage » (pour l'étude des praxies constructives). Ils ont ainsi pu montrer que chez les sujets-témoins le dessin du personnage est de bonne qualité, de type « réalisme visuel » (c'est-à-dire conforme aux stades III et IV de 7 à 12 ans de Piaget). Avec l'évolution de la démence le dessin du personnage sans modèle devient un « curieux hiéroglyphe » où l'on retrouve généralement tous les éléments constitutifs de la personne humaine mais avec une perte du schéma général (par exemple les bras font immédiatement suite au cou ou bien sont accolés à l'ovale représentant le tronc et sont directement prolongés par les membres inférieurs). Cette représentation n'est pas sans rappeler pour les auteurs « le réalisme intellectuel de l'enfant » (Stade II de Piaget, de 4 à 7 ans). Par la suite, l'évolution se poursuit vers la réalisation du « bonhomme-têtard » témoin de l'incapacité synthétique de l'enfant (Stade I de Piaget, jusqu'à 4 ans).

Wald (1983) reconnut l'intérêt de l'art-thérapie dans les soins à prodiguer aux patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer.

Selon elle, « au travers de sa pratique s'exprime un langage de l'affectivité et de l'émotion ».

Evoquant les aspects déficitaires du dessin des personnes démentes elle décrit une tendance à la simplification, à la désorganisation et à la fragmentation. Elle souligne l'importance des persévérations dans l'ornement ou le thème, la superposition des traits ainsi que la répétition de hachures (« strokes »).

Selon Schmitt (1988), les sujets souffrant d'une démence présentent des difficultés à produire des dessins figuratifs et à représenter la perspective. Ces dessins sont moins bien finis et diffèrent régulièrement du thème proposé.

En 1989, Gayraud a observé les mêmes altérations qualitatives dans l'expression picturale des sujets déments avec en plus une moindre utilisation de la palette des couleurs.

Cependant, la persistance d'une expansivité et d'une originalité dans les dessins « traduisent la persistance d'une créativité potentielle et d'une affectivité quiescente » chez eux.

D'autre part l'auteur soulignait l'intérêt particulier du dessin dans l'évaluation psychométrique des sujets âgés dans la mesure où il limite l'anxiété provoquée par les méthodes usuelles, cette anxiété ayant un rôle inhibiteur néfaste sur la performance.

Ces dernières années l'équipe de recherche conduite par Ericsson a produit des travaux d'une importance considérable sur le dessin du personnage appliqué à la personne âgée et en particulier dans le cadre des démences.

Leur principal objectif était de mettre au point un outil simple, fiable et non soumis à l'influence de facteurs socioculturels pour détecter les prémices d'un dysfonctionnement cognitif.

En 1990, Ericsson a réalisé une grille de cotation du dessin et montré que 9 éléments fondamentaux disparaissent dans un ordre défini avec l'altération du fonctionnement cognitif. Il s'agit des bras et des jambes dans leur représentation bidimensionnelle, des vêtements, des

épaules, du respect des proportions, des cheveux, du mouvement, de l'expression du regard et enfin de la bonne coordination générale.

Dans la même perspective, Ericsson et al. (1991) ont ensuite expérimenté l'usage d'autres épreuves graphiques dont l'écriture d'une phrase et la signature, la copie de figures géométriques et le « Test du Dessin du Personnage » dont le système de cotation inspiré des recommandations de Goodenough (1926) avait été adapté au vieillard avec en particulier l'examen de 8 critères graphiques.

Confirmant les résultats précédents ils ont observé que l'atteinte des processus intellectuels s'accompagne de la disparition dans un ordre établi de ces critères. Ils en ont conclu qu'il était possible de déterminer le statut cognitif du patient en fonction de son dessin du personnage bien qu'il soit préférable de le combiner à d'autres épreuves graphiques dans le but d'affiner la caractérisation des déficits.

En 1992, Ericsson et al. ont repris les conceptions faisant du « Test du Dessin du Personnage » un test projectif pour échafauder l'hypothèse que le personnage dessiné pouvait être considéré comme un portrait de son auteur où s'exprimaient sa propre conception de ses sensations corporelles et son attitude face aux relations interpersonnelles. De plus, les détails sont censés représenter la conscience et l'intérêt de l'individu pour les aspects élémentaires de la vie quotidienne. L'absence de détails « fondamentaux » signerait l'altération cognitive.

Partant de ces hypothèses ils ont employé une échelle de cotation brève (« SHFD », inspirée de leurs travaux antérieurs) comprenant l'estimation de l'existence ou non de 10 détails corporels essentiels (tête, yeux, nez, bouche, cheveux, tronc, jambes, pieds, bras, détails vestimentaires) ainsi que la taille du personnage et son emplacement sur la feuille.

Leurs observations ont encore permis de confirmer la disparition des détails corporels dans un ordre suivant la sévérité de l'atteinte cognitive estimée par le MMSE (Folstein et al., 1975).

Ils ont également constaté que la taille du dessin et son déplacement par rapport au centre de la feuille augmentaient avec l'amélioration des performances intellectuelles.

Leurs conclusions furent que la concomitance d'un score bas au MMS et élevé au « Test du Dessin du Personnage » suggère l'existence d'une dépression ou d'une

pseudodémence, alors qu'un score élevé au MMS et bas au dessin invitent à rechercher un déficit ou un dysfonctionnement dans le bras dominant.

En 1993, les mêmes auteurs (Ericsson et al.) ont étudié la présence de 7 détails corporels (tête, corps, deux bras, deux jambes, deux yeux, bouche et nez) ainsi que la taille et l'emplacement du dessin du personnage sur plusieurs populations de patients déments (démence vasculaire, maladie d'Alzheimer), dépressifs et sujets âgés « sains ».

Ils ont déduit de cette étude que le nombre de détails représentés et la taille diminuaient avec la sévérité de l'altération cognitive alors que les dessins devenaient mieux centrés.

En outre, ils considérèrent que le « Test du Dessin du Personnage » pouvait aussi bien que le MMS permettre de discriminer les sujets déments des sujets dépressifs et des sujets « normaux » (il n'existait toutefois pas de différence significative entre les différents types de démences). Pour eux le score obtenu reflétait lui aussi le degré de l'altération cognitive.

Dans une autre étude (Ericsson et al., 1994) ils ont procédé à la comparaison de dessins du personnage réalisés par des sujets déments (démence dégénérative et démence vasculaire) et des sujets âgés « sains ». Ils ont utilisé pour cela une échelle évaluant la présence de 53 indices et une forme réduite à 15 items (bien corrélée au MMS) ainsi que la « Clinical Dementia Rating Scale » (CDR, Hughes et al., 1982) pour apprécier la sévérité du déficit cognitif.

Leur échelle à 15 items s'est avérée fiable pour la différenciation des sujets déments des sujets non-déments ainsi que pour l'évaluation du niveau de l'altération. Par contre il n'était retrouvé aucune différence significative entre démence dégénérative et vasculaire.

Fluchaire (1990) a quant à elle étudié l'approche de l'image du corps chez le sujet dément au travers du « Test du Dessin du Personnage » en se référant aux travaux de Houllemare & Montani (1987) ainsi que de Thomazi (1962), Abraham (1963) et Royer (1977).

Ses travaux ayant apporté une contribution conséquente à l'élaboration des grilles de cotation utilisées ici, ils demandent à faire l'objet d'un examen un peu plus approfondi que les références citées jusqu'à présent.

Elle partit de l'hypothèse selon laquelle cette image corporelle subit une déconstruction dans un mouvement régressif chez le sujet atteint d'une démence. Les sujets déments apparaissent en situation de perte de leur corps et de leur environnement.

Fluchaire souligne l'intérêt du « Test du Dessin du Personnage » par rapport à d'autres méthodes projectives dans la mesure où il livre des informations n'ayant pas fait l'objet d'un processus d'élaboration intellectuelle donc non soumis à un contrôle ni à un formalisme verbal.

Les résultats concernent l'aspect qualitatif du dessin réalisé par des sujets atteints d'une démence de type Alzheimer. L'auteur observe la faible représentation du tronc (d'autant moins que la détérioration est évoluée) et le surinvestissement du visage. D'autre part, certains éléments morphologiques sont sous-représentés (les bras, les jambes, les mains et les pieds) tout comme les détails vestimentaires.

Partant du principe que les caractères des dessins de ces patients sont le reflet de l'image d'un « corps pauvre » (Djaoui, 1980), ni source ni objet de plaisir alors qu'un investissement positif est gage d'une représentation unifiée, Fluchaire propose un certain nombre d'interprétations.

Le visage (siège symbolique du Moi, centre de la communication) fait l'objet d'un surinvestissement se traduisant par une représentation surdimensionnée par rapport au reste du corps et des membres ainsi que par la figuration privilégiée de certains éléments, en particulier la bouche et les yeux. Il était à noter que le score obtenu par la cotation des éléments constitutifs du visage augmentait avec la sévérité de l'altération intellectuelle. L'auteur cite Royer (1977) pour qui la disproportion de la tête exprime, lorsque la bouche devient l'élément principal, une régression au stade oral (caractéristique d'un besoin de dépendance accru, un mode de relation d'objet primitif et fusionnel).

Le corps subit par contre une destructuration, l'enveloppe corporelle est fréquemment ouverte et finit par disparaître jusqu'à la représentation sous la forme d'un « bonhomme-têtard » typique du stade anal selon Abraham (1963).

La sous-représentation des jambes traduirait le sentiment d'insécurité, la perte de la mobilité ; leur représentation disproportionnée (sous-dimensionnée par rapport au reste du corps) exprimerait la passivité voire l'inhibition. Le graphisme peu détaillé des bras signerait la disparition du contact aux autres et l'omission des pieds (reflet de l'insertion dans l'environnement social) et des mains (témoin des relations à cet environnement)

symboliseraient l'incapacité pour le sujet d'établir des liens avec les autres. L'absence du cou et des épaules exprime le retrait et le désengagement.

Dans le même ordre d'idées, l'absence de détails vestimentaires peut être interprétée comme un désinvestissement du corps comme de l'identité sociale, la figuration de boutons étant un signe particulièrement régressif.

Le personnage est souvent représenté dans le quadrant supérieur gauche de la feuille (la partie gauche symbolisant le refuge dans le passé et la partie supérieure la vie imaginative). Selon Royer (1977) cette zone représente le lien d'attachement à la mère. Fluchaire estime que les sujets déments cherchent refuge dans le passé et dans une activité mentale imaginative pour créer une « néoréalité ». Plus le dessin est situé à la partie gauche de la feuille, plus les individus expriment leurs émotions de manière immédiate et infantile.

Pour ce qui est de l'âge attribué au personnage, elle remarque que les personnes démentes ont souvent des difficultés à attribuer un âge précis et, lorsqu'elles y parviennent, l'identification à l'enfant est plus fréquente (surtout entre 6 et 15 ans) traduisant une attitude régressive où le sujet redevient l'enfant de ses parents ou bien encore un mécanisme de défense contre la dépendance selon l'hypothèse formulée par Charazac (1985).

La difficulté de reconnaître le sexe des personnages dessinés renvoie à un trouble de l'identité et du narcissisme, le sexe attribué étant souvent opposé à celui du dessinateur.

Elle constate également que la taille est nettement inférieure à celle des personnages dessinés par des sujets « normaux », signant ainsi la réduction de l'estime de soi avec la rétraction de la personnalité et l'existence d'une anxiété et d'une inhibition. Une augmentation de la taille signifierait plutôt un besoin de reconnaissance.

D'une manière générale l'auteur du dessin attribue à son personnage, la plupart du temps déprécié et infantilisé, une activité dans laquelle transparaissent ses tendances régressives.

Le discours attribué au personnage est intimement lié au vécu du sujet lui-même avec l'expression d'une dépréciation du personnage ou du patient lui-même.

Fluchaire observe en conclusion qu'avec l'avancée du processus de démentification, s'inscrit dans une dynamique régressive un désinvestissement libidinal corporel et social qui contribue à appauvrir et déconstruire l'image du corps. Celui-ci perd ses limites et ses fonctions de contenance au fur et à mesure que l'on assiste à l'ouverture de l'enveloppe

corporelle figurée sur le dessin, et finalement devient un étranger. De ce processus naît une angoisse renvoyant à la notion « d'angoisse de vidage » telle que la décrivit Anzieu (1985). Elle souligne que la douleur, dont l'une des rares vertus est de participer à la structuration de l'image corporelle, est exceptionnellement exprimée par les sujets déments.

-D- Etat actuel des méthodes de cotation et d'analyse du dessin du personnage :

-1- Introduction :

Les hypothèses selon lesquelles une origine psychogène pourrait être incriminée dans la survenue de troubles démentiels, en particulier celles qui attribuent à la dépression tardive du sujet âgé un rôle déterminant (facteur de risque ou bien signe prodromique d'un état démentiel encore infraclinique), ont suscité chez les membres de l'équipe de recherche de Limoges le désir de procéder à un dépistage précoce de la maladie à un stade prélésionnel en identifiant les sujets à risque ou la démence elle-même lorsqu'elle est déjà engagée mais est encore à un stade infraclinique.

Cela serait en effet en ces phases préliminaires qu'une attitude véritablement curative pourrait être envisagée dans l'espoir d'enrayer la dynamique morbide par une thérapeutique spécifique pharmacologique (grâce aux médications antidépressives ou promnésiantes) ou bien psychothérapique.

Dans un tel contexte, où un diagnostic fondé sur le seul sens clinique du praticien risque d'être pris en défaut, le recours à des outils psychométriques s'avère d'une grande utilité.

Or, les instruments psychométriques employés pour le diagnostic et l'évaluation des troubles dépressifs et/ou démentiels utilisés habituellement pour la recherche épidémiologique et pharmacologique posent un certain nombre de problèmes en pratique courante.

Pour la plupart, la lourdeur de leur procédure de passation les rend difficiles d'emploi chez la personne âgée. Ils se révèlent être coûteux en temps et en moyens et parfois invasifs chez ces patients dont les facultés attentionnelles sont diminuées.

Pour l'évaluation des troubles démentiels, les techniques permettant d'apprécier la sévérité de la maladie sont limitées. La majorité des tests se montre plus intéressante à des stades avancés qu'aux phases les plus précoces où ils ne donnent en général pas une estimation précise des troubles.

Il s'agit, pour la plupart des outils de dépistage classiques, de tests à visée cognitive explorant notamment l'orientation, la mémoire sémantique et épisodique à médiation verbale. Ils négligent l'approche des troubles visuospatiaux (pourtant réputés pour constituer un signe précoce de démence) et surtout ils se bornent à considérer l'altération cognitive de la démence et ne prennent pas en compte la dimension affective qui pourtant ne saurait être négligée tant dans les troubles dépressifs que démentiels. (Clément & Léger, 1995)

Clément et al. se situent dans la lignée des auteurs, principalement francophones, pour qui la démence ne se limite pas à la perte des facultés cognitives telle qu'elle est évaluée au travers des tests. Le processus psychopathologique démentiel correspond à une perte progressive de la conscience de soi, à une « démentalisation », à un repli narcissique. Il en résulte que le sujet qui se démentifie présente une désintégration de ses différentes représentations mentales relatives « à son existence au monde » en tant qu'être complet, harmonieux, pouvant communiquer, avec une bonne estime de lui-même et être sexué (Clément & Léger, 1995).

En reprenant le « Test du Dessin du Personnage », ils ont voulu évaluer à côté de la dimension cognitive, les changements psychodynamiques qui apparaissaient avec la démence et la dépression du sujet âgé en espérant pouvoir identifier les changements survenant chez les dépressifs et témoignant d'une altération de type démentiel, indicateur du risque d'évolution à court ou moyen terme vers une démence.

Leur objectif principal était de repérer ces indicateurs de risque d'une démence principalement chez les dépressifs par le biais d'une grille de lecture standardisée du dessin à la fois cognitive et psychopathologique.

S'inspirant des travaux antérieurs sur le dessin du personnage [principalement ceux de Goodenough (1926), Machover (1949), Modell (1951), Jones & Rich (1957), Gilbert & Hall

(1962), Abraham (1963), Burton & Sjöberg (1964), Lavagna (1967), Houllemare (1984), Montani (1990), Fluchaire (1990) et d'Ericsson et al. (1990 ; 1991 ; 1993)] ils ont construit une grille de cotation de la compétence cognitive (DP cog), une grille évaluant la dimension psychodynamique (DP dyn) et dans un second temps une grille de cotation du discours verbal accompagnant la réalisation du dessin (DP ver). L'interprétation et la cotation des résultats débouche sur trois scores permettant de situer le sujet dans une problématique dépressive ou démentielle (engageant dans les deux cas à poursuivre les investigations cliniques), ou bien encore de préjuger de l'absence de trouble en fonction de la situation des scores par rapport à des valeurs-seuil.

-2- Le « Test du Dessin du Personnage » :

Clément et al. proposent donc la méthode d'interprétation et de cotation suivante pour le « Test du Dessin du Personnage ».

-a- Procédure et consignes de passation :

La passation du test est individuelle. Chaque patient est rencontré seul dans un endroit calme. Il lui est préalablement demandé s'il veut bien participer à une recherche actuellement en cours dans le service.

L'examinateur présente au patient un crayon noir et une feuille blanche de format A4 dans le sens vertical (petit côté face au patient). Il ne doit pas utiliser de gomme.

Il est invité à réaliser le dessin d'une personne, la consigne étant la suivante :

« JE VOUS DEMANDE DE DESSINER UN PERSONNAGE ».

Si besoin, l'examinateur peut ajouter :

« UN BONHOMME, UNE BONNE FEMME, COMME VOUS VOULEZ ».

Si le sujet déclare ne pas savoir dessiner, on peut l'encourager en disant :

« ESSAYEZ QUAND MEME, CE SERA BIEN ».

L'examinateur ajoute enfin :

« VOUS ME DIREZ QUAND VOUS PENSEREZ AVOIR TERMINE ».

Si le patient s'interrompt après avoir dessiné la tête seulement, l'inciter à dessiner le corps du personnage, le test étant interprété à partir de la réalisation d'un personnage entier.

Si le patient est réticent, ne pas insister.

Lorsque le dessin est terminé, reprendre le crayon.

Sur une feuille séparée l'examinateur doit noter l'ordre dans lequel est dessiné le personnage et notamment si les éléments constitutifs du visage sont dessinés après la réalisation du corps. Il transcrit également le discours spontané du patient et toute autre remarque pouvant être utile à l'interprétation.

Enfin, le dessin étant laissé devant le patient, il lui est posé quatre questions qui doivent être impérativement formulées dans l'ordre suivant et dans les mêmes termes :

-1- « **CE PERSONNAGE, QUEL AGE A-T-IL ?** » ;

selon la réponse précédente:

-2- « **C'EST UN HOMME OU UNE FEMME ?** »

ou bien: « **C'EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?** » ;

-3- « **CE PERSONNAGE, QUE FAIT-IL (ELLE) ?** » ;

-4- « **S'IL POUVAIT PARLER QUE DIRAIT-IL (ELLE) ?** ».

Après chaque question l'examinateur note lui-même les réponses dans leur totalité, y compris les hésitations, les exclamations et les éventuels commentaires.

A la fin l'examinateur reprend le dessin et y inscrit le nom et le prénom du patient, son âge, la date et l'heure, il joint au dessin les réponses et commentaires.

- Le test est complété de la réalisation d'un MMSE et d'une Mini-GDS (voir annexes)

-b- Analyse et cotation du dessin :

- Evaluation de la dimension cognitive (DP cog) :

La grille de lecture et de cotation de la compétence cognitive du patient a été élaborée à partir des méthodes de cotation antérieures (Goodenough, 1926 ; Machover, 1949 ; Gilbert & Hall, 1962 ; Houllemare & Montani, 1987).

Une première grille de lecture comportant 73 items (chaque item étant crédité d'un point) a été réalisée et validée sur un échantillon n°1 de 80 sujets auxquels il avait été demandé de réaliser un personnage en entier.

Cette première grille a été réduite, conservant ceux pour lesquels une bonne fidélité inter 3 juges était respectée (coefficient Kappa de Cohen > 0.65) ainsi qu'une bonne sensibilité discriminante (test Chi^2, $p < 0.05$) entre 39 patients déments (respectant les critères du DSM III-R et de la NINCDS-ADRDA) et 41 sujets-contrôles (appariés par sexe, âge et niveau culturel).

20 items ont ainsi été retenus (Clément et al, 1993) avec un coefficient Kappa de Cohen = 0.91 et une bonne cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach = 0.83).

Ces 20 items ont finalement été retestés sur un échantillon n°2 de 160 sujets constitué de 51 sujets déments (répondant aux mêmes critères diagnostiques), 70 dépressifs (critères DSM III-R de dépression majeure) et 39 sujets-témoins appariés. Sur 20 items, 14 ont été maintenus et constituent la grille « **DP cog** ». Il s'agit de ceux qui ont fait la preuve de leur bonne sensibilité discriminante pour distinguer les déments des dépressifs et les déments des témoins, d'une bonne fidélité inter 3 juges (coefficient Kappa de Cohen = 0.78) et d'une bonne cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach = 0.796).

La grille cognitive (DP cog) est donc la suivante :

DP COG (14 POINTS)

1. Présence des yeux
2. Présence de la bouche
3. Présence du nez
4. Présence des cheveux
5. Présence des oreilles
6. Présence du tronc
7. Présence du cou
8. Présence des épaules
9. Présence des bras
10. Présence des pieds
11. Bras attachés au tronc
12. Jambes attachées au tronc
13. Tronc plus long que large
14. Taille > 5 cm

Le score est compris entre 0 et 14 points (un point étant attribué pour chaque item représenté sur le dessin).

Plus le score est élevé, plus les compétences cognitives du patient sont élevées. Les valeurs-seuil sont de 10 pour la discrimination sujets déments/sujets-contrôles (sensibilité 75% et valeur prédictive positive 77%) et 8 pour la discrimination démence/dépression (spécificité 75% et valeur prédictive positive 72%).

- Evaluation de la dimension psychodynamique (DP dyn) :

L'échelle évaluant la dimension psychodynamique, comme celle de l'analyse du discours, repose sur des bases empiriques issues de l'expérience clinique (Boyon & Clément, 1994 ; Boyon et al., 1995).

Elle a été conçue en partant du postulat théorique selon lequel le sujet qui se démentifie subit une désintégration progressive de 5 représentations mentales relatives à son

existence au monde. Ces représentations sont le reflet de sa condition d'être humain, d'être individuel différencié des autres, d'être complet, harmonieux, capable de communiquer avec les autres, être ayant une bonne estime de lui-même, et enfin d'être sexué.

Comme précédemment, une première grille de lecture comportant 15 items a été confectionnée à partir des données de la littérature, tenant compte de l'altération des représentations énoncées ci-dessus et visibles sur le dessin :

- représentation humaine (RH) : 1 item,
- représentation de contenance (RC) : 1 item,
- représentation d'intégrité (RI) : 8 items,
- représentation narcissique (RN) : 4 items,
- représentation sexuée (RS) : 1 item.

7 items ont finalement été retenus après analyse sur l'échantillon n°2 en raison de leur bonne fidélité inter 3 juges, de leur capacité à discriminer les sujets déments des témoins et les déments des dépressifs (Cohérence interne : coefficient alpha de Cronbach = 0.99) (Clément et al., 1994 ; 1995b).

La grille psychodynamique (DP dyn) définitive est la suivante :

DP DYN (7 POINTS)

1. Représentation Humaine (RH) :
   reconnaissable / insuffisamment reconnaissable / non reconnaissable
2. Représentation de Contenance (RC) :
   base du tronc ouverte / non ouverte
3. Proportion Yeux/Bouche (RI-PYB) :
   bonne / mauvaise
4. Proportion Tête/Corps (RI-PTC) :
   bonne / mauvaise
5. Intérieur de la Forme Corporelle (RI-IFC) :
   remplissage opérant / inopérant / vide
6. Représentation Narcissique (RN) :
   détails corporels et/ou vestimentaires
7. Représentation Sexuée (RS) :
   présente / ambiguë / absente

Le score varie de 0 à 7 points. Les valeurs-seuil sont de 3.5 pour la discrimination sujets déments/sujets-contrôles (sensibilité 87%) et 2.5 pour la discrimination démence/dépression (spécificité 79%).

- Analyse du discours verbal (DP ver) :

La pratique du « Test du Dessin du Personnage » a conduit à observer que la plupart des patients se livraient à des commentaires sur la qualité de leur production et sur le personnage dessiné.

Dans un premier temps, seule la production graphique était examinée au travers des deux grilles de cotation : DP cog et DP dyn. En fait, l'idée de prendre en considération ce

discours s'est rapidement imposée, conduisant Clément et al. à mettre au point une troisième échelle de cotation (DP ver).

Afin d'uniformiser les informations recueillies il était indispensable d'apporter une systématisation du commentaire au travers de quatre questions posées au patient après qu'il eut dessiné son personnage (cf. précédemment, « consignes de passation »).

La grille DP ver repose sur le postulat selon lequel il existe une gradation dans les réponses à chacune des quatre questions. Les premières réponses situent le sujet dans la normalité, les réponses intermédiaires le placent dans une problématique dépressive et les dernières réponses sont à attribuer à un processus de démentalisation.

Elle comporte cinq variables : l'âge attribué au personnage, le sexe, l'action, le discours qui lui est attribué et la présence ou l'absence d'inadéquations ou de ruptures idéiques entre les réponses formulées auparavant (il y a inadéquation lorsque les réponses sont illogiques, paradoxales ou étranges, ceci traduisant généralement une altération des processus cognitifs).

La grille d'analyse du commentaire est la suivante, elle est complétée à l'aide d'une notice figurant en annexe 3.

ANALYSE DU COMMENTAIRE :

N° patient : **Initiales cotateur :**

I - AGE :

1. Attribution franche Age(s) attribué(s) :
2. Détachement
3. Instabilité
4. Personnification

II - SEXE :

1. Enoncé sexué
2. Détachement
3. Attribution perceptive
4. Personnification

III - QUE FAIT-IL ?

1. Statut
2. Action
3. Posture ou état
4. Négation d'action
5. Détachement
6. Référence personnelle
7. Attribution d'une réalité au personnage

IV - S'IL POUVAIT PARLER, QUE DIRAIT-IL ?

1. Enonciation d'affects positifs, de désir, de volonté
2. Enonciation avec affects négatifs (colère, agressivité, critique, ...)
3. Enonciation sans coloration affective particulière
4. Enonciation avec dépréciation à propos du dessin
5. Enonciation avec dépréciation à propos du sujet
6. Négation d'énonciation
7. Détachement
8. Placage
9. Enonciation remplacée par une description du personnage
10. Référence personnelle
11. Attribution d'une réalité au personnage

V - INADEQUATIONS OU RUPTURES IDEIQUES :

1. Oui 2. Non

Le score est calculé en effectuant la somme des indices des réponses aux quatre questions, il varie entre 4 (normalité) et 26.

Il évolue de manière inverse à celui de DP cog et DP dyn.

Les valeurs-seuil sont de 9 pour la discrimination déments/contrôles (sensibilité 70%, spécificité 80%) et 12 pour la discrimination entre sujets déments et dépressifs (sensibilité 54%, spécificité 83%).

L'âge, le sexe et le niveau d'éducation n'ont pas d'influence sur la performance au DP ver (Clément et al., 1996b).

-3- Résultats :

D'une manière générale, en fonction des résultats quantitatifs aux trois grilles de cotation (DP cog, DP dyn et DP ver) il est possible de distinguer trois cas de figure.

- Si le sujet a de bons scores aux trois grilles (supérieurs aux intervalles-critiques supérieurs), cela rend très fortement probable qu'il n'y a ni trouble démentiel ni trouble dépressif.

- S'il a un ou plusieurs mauvais scores (inférieurs aux seuils-critiques inférieurs), il est nécessaire de vérifier qu'il n'y a pas un trouble démentiel sous-jacent, même si le sujet ne se présente ni comme dépressif ni comme dément.

- Si un ou plusieurs scores sont compris entre les intervalles-critiques, cela suggère de vérifier s'il n'y a pas un trouble dépressif sous-jacent que le sujet se présente ou non comme dépressif et/ou dément.

Les seuils-critiques ont pu être définis par les études de validation des trois grilles. Ils correspondent aux scores « cut-off » offrant les meilleures sensibilité et spécificité pour discerner déments/dépressifs pour les valeurs inférieures et dépressifs/sujets normaux (sujets-contrôles) pour les valeurs supérieures.

Les trois situations précédentes sont schématisées dans le tableau suivant :

GRILLE	SUSPICION DE DEMENCE	SUSPICION DE DEPRESSION	ABSENCE DE TROUBLE
DP COG	<8	8-10	>10
DP DYN	<2.5	2.5-3.5	>3.5
DP VER	>12	12-9	<9

En ce qui concerne l'aspect qualitatif des résultats, les informations suivantes doivent être prises en considération lorsque plusieurs dessins réalisés à des dates différentes chez un même patient sont comparés.

- La disparition d'un ou plusieurs des items suivants de DP cog [yeux, bouche, épaules] et de DP dyn [représentation humaine (RH), bonne proportion yeux-bouche (RI-y/b)] invite à suspecter une dépression, même si le sujet ne semble pas dépressif.

- La réapparition d'un ou plusieurs des items précédents est en faveur d'une amélioration du trouble dépressif.

- L'altération des représentations de contenance (RC) et/ou narcissique (RN) est un indicateur du risque de démence.

- La présence d'inadéquations dans le discours verbal (DP ver) pourrait être un indicateur de démence.

- L'âge attribué au personnage (DP ver), s'il ne s'est pas montré discriminant pour les dépressifs et les déments entre eux et par rapport aux sujets-témoins, soulève cependant quelques remarques issues également de la pratique clinique et des données de la littérature. Même si le sujet âgé a en général tendance à attribuer un âge plus jeune que le sien à son personnage (Giedt & Lehner, 1951), les patients déments le rajeunissent jusqu'à lui donner une identité infantile (Clément et al., 1997a ; Fluchaire, 1990) certains dépressifs âgés aussi. Pour Abraham (1963), l'attribution d'un âge plus jeune relève d'un mécanisme régressif.

- L'omission de la bouche a été considérée comme le témoin de l'anxiété ou de la réticence (Berman et al., 1951). Celle des yeux traduirait le désir de ne pas voir (Berman et al., 1951) ou bien refléterait une perte de la communication (Royer, 1977). Pour Fluchaire (1990) la bouche et les yeux constituent des représentations privilégiées corrélativement à une disproportion majorée de la tête par rapport au corps chez les sujets déments.

- L'absence de la figuration des épaules est significativement plus fréquemment retrouvée chez les schizophrènes (Burton & Sjöberg, 1964), mais elle pourrait aussi figurer le retrait, le désengagement (Fluchaire, 1990).

- La disproportion tête/corps peut être liée à un fonctionnement régressif (Baldwin, 1964), tout comme l'altération de la représentation de contenance (Modell, 1951) qui est aussi retrouvée dans les dessins des déments (Lavagna, 1967).

- La mauvaise représentation de l'entrejambes (ouvert) est observée chez certains dépressifs (Postel, 1980), renvoyant à une perturbation du contenant (Houllemare, 1984) ou bien à une angoisse de perte de support, de vidage, une déconstruction de l'image corporelle chez les sujets déments (Montani, 1990). Fluchaire (1990) a aussi remarqué que les déments laissaient souvent des contours inachevés notamment au niveau de l'entrejambes et a émis l'hypothèse que cette image corporelle « régressée » traduisait l'incertitude des limites entre eux et le monde environnant.

- L'altération de la représentation humaine (RH) est liée à la dépression, en rapport avec les tendances auto-agressives qui conduisent à une réduction voire à une désintégration de l'image corporelle (Abraham, 1963).

- La disparition du narcissisme vestimentaire (RN) s'observe chez les patients devenant dément (Fluchaire, 1990).

-4- Intérêt du « Test du Dessin du Personnage » chez la personne âgée :

Les travaux réalisés pour l'élaboration et la validation des grilles d'interprétation et de cotation du « Test du Dessin du Personnage » chez la personne âgée ont permis de réaliser les constatations suivantes.

La grille DP cog est un bon instrument d'évaluation des fonctions cognitives, bien corrélé au MMSE (p=0.0001) en dehors des sujets déments.

Chez eux en effet, un meilleur niveau culturel améliore le score et un âge élevé l'affaiblit. D'une manière générale, chez les sujets déments, le score au DP cog subit l'influence négative de l'altération cognitive mais également des perturbations affectives (Clément et al., 1997a). Cette dernière remarque laisse supposer que le DP cog évalue une autre dimension cognitive que le MMSE, plus sensible soit à un facteur thymique soit à un

facteur « démentalisation ». Un score compris entre 8 et 10 (sur 14) doit faire suspecter en premier lieu un trouble dépressif sous-jacent avant d'évoquer une démence.

Il est à noter que le dessin du personnage a fait preuve d'une sensibilité à détecter les troubles praxiques et visuo-spatiaux comparable à celle de l'épreuve de reproduction de la figure géométrique (deux pentagones entremêlés) constituant le MMSE, aussi bien chez les déments que chez les pseudodéments et dans une moindre mesure chez les dépressifs. (Clément et al., 1997a).

En ce qui concerne l'aspect qualitatif du dessin, trois items issus de la grille DP cog semblent devoir être à surveiller préférentiellement car ils sont liés à la dépression : la présence des yeux, de la bouche et des épaules. Ils peuvent apporter des informations sur l'évolution sous traitement des patients selon qu'ils réapparaissent ou non lors de la réalisation d'un nouveau dessin (Clément & Léger, 1995).

Quatre items permettent de discriminer les sujets déments des témoins. Il s'agit de la présence des yeux, du nez, des bras et du rattachement des bras au tronc. La présence des bras et leur rattachement au tronc ainsi que celle du nez, des cheveux, des oreilles et le rapport largeur/hauteur du tronc permettent également de discriminer déments et dépressifs.

La grille DP dyn évalue la dimension psychodynamique.

Les représentations de contenance (RC) et narcissique (RN) sont altérées sans différence significative chez les déments et chez les dépressifs. DP dyn est mal corrélée au MMSE mais par contre elle est fortement corrélée à DP cog. Ceci suggère, si l'on se réfère à la remarque précédente, que certains dépressifs présentant ces altérations indépendamment d'une atteinte cognitive révélée par le score au MMSE mais avec des scores diminués à DP cog et DP dyn présentent un risque élevé d'évolution démentielle. De même, la proportion yeux-bouche et la représentation humaine (RH) peuvent être considérées comme des facteurs pronostiques dans la dépression du sujet âgé.(Clément et al., 1996b)

Pour DP ver, la grille d'analyse et de cotation du discours verbal, l'item apparaissant le plus discriminant entre sujets déments et contrôles et surtout entre déments et dépressifs semble être le « discours attribué ».

L'item « âge attribué » pourrait être le moins discriminant. Cependant, les études ont révélé que plus l'âge attribué au personnage était faible plus le sujet était dépressif ou dément.

La présence d'inadéquations est fortement évocatrice de troubles démentiels.

Plusieurs constatations ont pu être réalisées grâce au suivi longitudinal des patients déprimés (déments ou non).

Tout d'abord, l'amélioration clinique est confirmée par une amélioration des scores aux grilles DP cog et DP dyn (Clément et al., 1996b). Inversement, l'aggravation s'accompagne d'une diminution des scores aux trois échelles.

C'est surtout dans l'aspect qualitatif du dessin que les modifications sont sensibles (Clément et al., 1997a).

Trois items de DP cog réapparaissent avec l'amélioration de la symptomatologie dépressive sous traitement. Il s'agit des yeux, de la bouche et des épaules. Ces items ont disparu et ne sont pas réapparus chez les déments qui ont développé une démence et lorsque l'on examine les dessins à posteriori, on constate que la disparition précédait les premiers signes cliniques de la détérioration intellectuelle de six mois à un an.

Pour DP dyn l'amélioration clinique était corrélée avec une restitution de la représentation humaine (RH) et de le représentation d'intégrité corporelle (RI), en particulier de la proportion tête-corps. L'aggravation se traduisait par une disparition des représentations de contenance (RC) et/ou narcissique (RN).

Enfin, en ce qui concerne DP ver, le suivi longitudinal a montré qu'il existait une corrélation entre l'amélioration clinique et la diminution du score sur les évaluations successives et, à l'inverse, que le score augmentait si le patient s'aggravait. Comme cela avait déjà été observé, l'item « Discours attribué » était particulièrement significatif et dans l'observation rétrospective des résultats des patients devenus déments, la présence d'inadéquations six mois à un an avant l'émergence clinique pouvait faire figure de signe prédictif.

-5- Conclusion :

Le « Test du Dessin du Personnage » apparaît être un instrument d'évaluation performant non seulement pour l'évaluation cognitive chez la personne âgée mais également pour apprécier la désorganisation psychique existant dans la dépression tardive et son risque d'évolution vers une démence.

Son intérêt pour la pratique clinique courante est accru par le fait qu'il présente un certain nombre de qualités rarement réunies dans les autres tests utilisés pour le diagnostic de ce type de troubles.

Il s'agit effectivement d'un test simple et facile d'emploi dans sa procédure de passation et son analyse, peu onéreux en temps et en moyens. Il est généralement bien toléré par les patients et rarement refusé car il n'est pas invasif : la réalisation d'un dessin reste même chez la personne âgée une activité dont la tonalité est ludique ou tout du moins divertissante contrairement à certains outils psychométriques enchaînant de longues séries d'épreuves de réalisation fastidieuse, suscitant le renoncement et l'anxiété chez des patients aux facultés d'attention réduites et particulièrement sensibles à l'échec.

Enfin, il se montre globalement peu sensible à l'âge, au sexe et au niveau culturel.

SECONDE PARTIE :

ETUDE

DE LA STABILITE TEMPORELLE,

DE LA

SENSIBILITE AU CHANGEMENT

SOUS TRAITEMENT

ET DE LA VALEUR PREDICTIVE

DES TESTS SUR L'EVOLUTION

-I- INTRODUCTION :

L'objectif poursuivi par cette étude était d'apporter une contribution aux travaux de Clément et al. sur l'utilisation du « Test du Dessin du Personnage » dans le dépistage et le suivi des troubles démentiels et dépressifs du sujet âgé.

Dans un premier temps, la stabilité temporelle du test a été examinée dans le but de savoir si le moment où était réalisée l'évaluation influait sur les performances (donc sur les scores) selon que le test était appliqué le matin ou le soir, ou bien encore d'un jour à l'autre (à quatre jours d'intervalle).

Sur une seconde population de patients dépressifs avec ou sans altération cognitive, la sensibilité des grilles aux changements sous traitement antidépresseur a été envisagée. Ceci équivalait à examiner les effets des traitements antidépresseurs sur les performances au « Test du Dessin du Personnage » et aux autres instruments participant au bilan psychométrique (MMS et Mini-GDS).

Sur le même échantillon, on a également étudié la prédictivité des épreuves réalisées avant traitement (J0) pour préjuger de l'évolution sous traitement ; et enfin leur valeur pronostique (avant et après traitement antidépresseur) chez les sujets dépressifs du risque de survenue d'une démence dans les trois ans à venir.

-II- ETUDE DE LA STABILITE TEMPORELLE :

-A- Introduction :

La stabilité temporelle d'un test est le garant de sa reproductibilité dans le temps en l'absence d'événement intercurrent. Elle constitue un argument supplémentaire en faveur de sa fiabilité à mettre en évidence les paramètres qu'il est censé évaluer.

L'étude de la stabilité temporelle du « Test du Dessin du Personnage » représente un temps préalable indispensable pour celle de sa sensibilité aux changements éventuels sous

l'influence du traitement antidépresseur. Elle permet en effet de considérer que toute variation observée dans les scores obtenus aux grilles de cotation sera imputable aux seules modifications de l'état clinique du patient et non à des paramètres tels que le moment de la journée où est réalisée l'évaluation psychométrique mais également le moment où survient cette évaluation au cours de son séjour en milieu hospitalier (dès l'admission ou après quelques jours d'hospitalisation).

-B- Population et méthode :

-1- Population :

La population étudiée était constituée de 50 sujets âgés de plus de 65 ans suivis en Hôpital de Jour Psychogériatrique.

Elle se subdivisait en deux groupes : 34 patients souffraient d'une démence (répondant aux critères diagnostiques du DSM III-R) de sévérité légère à modérée, 16 patients étaient suivis pour des troubles dépressifs évoluant dans un contexte de solitude.

-2- Méthode :

La méthode consista en l'application du protocole psychométrique en vigueur dans le service pour l'évaluation des personnes âgées hospitalisées pour des troubles dépressifs et/ou démentiels. Ce protocole associe le « Test du Dessin du Personnage » (DP), le MMSE et la Mini-GDS. Il a été répété à trois reprises : le matin et le soir du premier jour (J1) et le quatrième jour (J4).

Les scores obtenus aux trois instruments (DP, MMSE et Mini-GDS) ont fait l'objet de corrélations statistiques entre les résultats obtenus le matin et le soir du même jour (J) et le matin du premier jour et le matin du quatrième jour de la même semaine (S).

On a donc comparé les scores de DP cog, DP dyn, DP ver (en distinguant les items âge, âge attribué, sexe, discours, action, inadéquations et score global au DP ver) et les scores obtenus au MMSE et à la Mini-GDS.

Les tests statistiques utilisés furent le coefficient de corrélation classique non paramétrique de Spearman ($p<0.05$) combiné au test T de séries appariées de Wilcoxon ($p<0.05$) (pour vérifier l'absence d'une différence de moyennes) et le Coefficient de Corrélation Intraclasse (ICC).

Pour l'interprétation des résultats, des deux méthodes de traitement statistique il apparaît que c'est le coefficient de corrélation intraclasse qui est le plus fiable car il tient compte à la fois de la bonne corrélativité mais également de la bonne proximité des valeurs obtenues.

L'accord est considéré comme :	- Très Bon	si	$0.91 \leq R \leq 1$
	- Bon	si	$0.71 \leq R \leq 0.90$
	- Modéré	si	$0.51 \leq R \leq 0.70$
	- Médiocre	si	$0.31 \leq R \leq 0.50$
	- Très mauvais ou Nul.	si	$0 \leq R \leq 0.30$

(Fermanian, 1984).

Lorsque R est compris entre 0.31 et 0.50, la corrélation reste acceptable si le coefficient Rho de Spearman donne une corrélation statistiquement très significative ($p<0.05$) **et** qu'il n'y a pas de différence de moyennes appariées statistiquement significative au test T de Wilcoxon (test T avec p très élevé non significatif).

Les résultats ont été traités à l'aide du logiciel « Statview 4.5 » pour Macintosh.

-C- Résultats :

Les corrélations entre les résultats enregistrés du matin au soir et à quatre jours d'intervalle pour les différentes grilles constitutives du « Test du Dessin du Personnage », le MMS et la Mini-GDS sont réunies dans le tableau 1.

Tableau 1 : **Vérification de la stabilité temporelle des tests :**

	SPEARMAN			WILCOXON		ICC			STABILITE TEMPORELLE
	Rho	Z	p	Z	p	R	inf.	sup.	
DP cog J	.846	5.92	.0001	-0.397	.64	.83	.73	.90	oui ++
DP cog S	.735	5.144	.0001	-0.679	.49	.78	.64	.87	oui ++
DP dyn J	.781	5.467	.0001	-0.221	.82	.78	.64	.87	oui ++
DP dyn S	.718	5.027	.0001	-0.553	.58	.72	.56	.83	oui ++
DP ver âge J	.575	4.927	.0001	0	1	.30	.03	.53	discutable
DP ver âge S	.445	3.086	.002	-0.209	.83	.27	.00	.51	discutable
DP ver âge attr J	.725	4.808	.008	-0.617	.53	.77	.62	.86	oui ++
DP ver âge attr S	.638	4.18	.0001	-0.25	.80	.72	.55	.83	oui ++
DP ver sexe J	.102	0.715	.47	-0.384	.70	.02	-.29	.25	mauvais
DP ver sexe S	.117	1.218	.22	-1.18	.24	.16	-.12	.42	mauvais
DP ver action J	.564	3.95	.0001	-0.247	.80	.56	.34	.73	oui +
DP ver action S	.559	3.875	.0001	-0.964	.33	.44	.19	.64	acceptable
DP ver discours J	.849	5.94	.0001	-0.437	.66	.87	.78	.92	oui ++
DP ver discours S	.627	4.34	.0001	-0.24	.81	.66	.47	.79	oui +
DP ver inad J	.378	2.647	.008	-0.577	.56	.38	.11	.59	acceptable
DP ver inad S	.941	6.52	.0001	-1.414	.157	.49	.25	.67	acceptable
DP ver total J	.83	5.83	.0001	-0.254	.80	.82	.70	.89	oui ++
DP ver total S	.695	4.81	.0001	-0.17	.86	.71	.53	.82	oui ++
MMSE J	.932	6.525	.0001	-1.024	.31	.93	.88	.96	oui +++
MMSE S	.921	6.45	.0001	-2.693	.007	.91	.85	.95	oui +++
MGDS J	.83	5.812	.0001	-0.513	.61	.82	.70	.89	oui ++
MGDS S	.781	5.466	.0001	-0.408	.68	.77	.63	.90	oui ++

Légende : J = même jour, S= même semaine, âge attr. = âge attribué, DP ver total = score total du DP ver, DP ver inad. = inadéquations, STABILITE TEMPORELLE : +++ = très bonne, ++ = bonne, + modérée.

L'examen du Coefficient de Corrélation Intraclasse permet de réaliser les observations suivantes.

Les scores au DP cog sont stables entre le matin et le soir (R=0.83) et à quatre jours d'intervalle (R=0.78).

Ceux du DP dyn aussi (R=0.78 et 0.72).

Les scores globaux de DP ver (DP ver total) sont également stables dans le temps (du matin au soir : R=0.82 et entre le matin de J1 et celui de J4 : R=0.71).

En ce qui concerne la stabilité temporelle des différents items constitutifs de la grille DP ver :

- pour l'item « âge » la corrélation est médiocre entre le matin et le soir (ICC : R=0.30) et très mauvaise entre J1 et J4 (ICC : R=0.27) ;
- pour l'item « âge attribué » la stabilité temporelle est respectée (R=0.77 et 0.72) ;
- pour l'item « sexe » du matin au soir et entre les premier et quatrième jours l'accord (R) est très mauvais (R=0.02 et 0.16), il n'y a donc pas de stabilité temporelle ;
- pour l'item « action » le même jour l'accord est mauvais (R=0.56) et entre deux mesures effectuées la même semaine l'accord est médiocre (R=0.44) ;
- pour l'item « discours attribué » entre le matin et le soir il existe une corrélation statistiquement significative entre les scores obtenus (R=0.87) comme entre ceux obtenus entre J1 et J4 (R=0.66) ;
- pour la présence ou l'absence d'inadéquations la mesure de l'accord pour le calcul du coefficient de corrélation intraclasse donne des résultats médiocres aussi bien le même jour que la même semaine (R=0.38 et 0.49).

Pour le MMSE l'accord est excellent entre les mesures effectuées aussi bien le même jour que la même semaine (R=0.93 et 0.91).

L'accord est également bon pour les résultats de la Mini-GDS (R=0.82 et 0.77).

En reprenant les résultats du calcul du coefficient de corrélation classique non paramétrique de Spearman combiné au test T de Wilcoxon (différence de moyennes appariées) il est possible de faire les remarques suivantes.

Les résultats de l'ICC en faveur d'une stabilité temporelle des instruments sont confirmés par l'existence d'une corrélation statistiquement significative (coefficient de corrélation Rho de Spearman de valeur élevée pour un $p<0.05$) avec une différence de moyennes appariées non significative ($p\geq0.05$).

Néanmoins, si l'ICC est très bon pour le MMS entre J1 et J4 (R=0.91) permettant de conclure à la stabilité temporelle de l'instrument à quatre jours d'intervalle, il n'en demeure pas moins qu'il existe une différence de moyennes appariées statistiquement très significative au test de Wilcoxon (p=0.007).

Pour les items dont la stabilité temporelle est douteuse avec la mesure du coefficient de corrélation intraclasse il semble intéressant de préciser ces résultats en prenant en considération ceux des autres tests statistiques :

- la recherche d'inadéquations ne constituait pas un paramètre stable dans le temps si l'on s'en tient aux résultats de l'ICC. Pourtant, l'existence d'une corrélation statistiquement significative avec le calcul du coefficient de corrélation de Spearman ($p<0.05$ dans les deux cas : respectivement 0.008 et 0.0001) et l'absence de différence de moyennes appariées statistiquement significative (p=0.56 et p=0.157) la rend acceptable autant le même jour que la même semaine. On signalera qu'ici, compte tenu de l'aspect univoque des réponses (présence ou absence d'inadéquations), toute instabilité affaiblit rapidement les scores de l'ICC sur un échantillon de 50 sujets.

- Il en va de même pour la stabilité temporelle de l'item « action » à quatre jours d'intervalle (DP ver action S) dont l'accord pour l'ICC est médiocre (R=0.44) mais dont le coefficient de corrélation de Spearman est bon (p=0.0001) avec une absence de différence significative au test de Wilcoxon (p=0.33). Ce résultat permet de conclure malgré tout à une stabilité temporelle acceptable.

- Pour l'item « âge », bien que le coefficient de corrélation classique soit bon dans les deux modalités (p=0.0001 et 0.002) avec une absence de différence de moyenne dans les deux cas (p=1 et 0.83), le fait que l'ICC soit particulièrement mauvais (R=0.30 et 0.27) le rend discutable.

- L'item « sexe », enfin, a de mauvais résultats concordant dans les deux méthodes statistiques (ICC : R=0.02 et 0.16 ; coefficient de corrélation de Spearman : p=0.47 et 0.22 : non significatifs dans les deux cas). Pour cet item, la stabilité temporelle n'est donc respectée ni le même jour ni la même semaine.

-III- ETUDE DE LA SENSIBILITE AU CHANGEMENT SOUS TRAITEMENT :

-A- Introduction :

Dans la perspective d'étendre l'indication du « Test du Dessin du Personnage » au suivi évolutif des patients, on a étudié la sensibilité des différents instruments à l'influence de la thérapeutique chez les sujets déments dépressifs, dépressifs « caractérisés » et pseudodéments.

Cette étude consistait à examiner l'évolution des scores aux trois grilles du « Test du Dessin du Personnage », au MMS et à la Mini-GDS entre l'évaluation initiale (avant traitement) et une seconde évaluation réalisée après action de la thérapeutique antidépressive.

-B- Population et méthode :

-1- Population :

La population de l'étude se composait d'un échantillon de 74 patients hospitalisés en service de psychogériatrie (âge moyen : 71.9 ans ± 5.6 [65-91]).

Elle se subdivisait en trois catégories de patients répartis selon le diagnostic (critères du DSM III-R) : Démence compliquée de dépression (n=18), Dépression majeure (n=38), Dépression pseudo-démentielle (n=18).

-2- Méthode :

Comme précédemment, les sujets ont été soumis au protocole d'évaluation comportant le « Test du Dessin du Personnage », le MMSE et la Mini-GDS.

La procédure a consisté en une évaluation initiale à J0 (avant traitement) et à la huitième semaine de traitement antidépresseur (S8).

L'étude de la sensibilité au changement sous traitement antidépresseur du « Test du Dessin du Personnage » (ainsi que du MMS et de la Mini-GDS) équivalait à comparer l'évolution des scores obtenus aux différents outils psychométriques entre J0 et S8 sous l'influence de la thérapeutique.

Pour cela, on a utilisé le test de Wilcoxon, test non paramétrique de comparaison de moyennes appariées, une valeur de « p » inférieure à 0.05 (5%) signifiant une différence statistiquement significative entre les moyennes des scores observés à J0 et S8 pour l'instrument considéré. Les résultats ont fait l'objet d'une confirmation par le test t de séries appariées, test paramétrique de comparaison de moyennes ($p<0.05$).

Comme précédemment, les résultats ont été traités avec « Statview 4.5 » pour Macintosh.

-C- Résultats :

Le tableau 2 regroupe les scores moyens obtenus aux différents outils psychométriques à J0 et S8 dans chaque catégorie de patients.

Tableau 2 : **Scores moyens (± déviations-standard) pour chaque groupe de patients :**

	DEMENCE	DEPRESSION	DPD
Age	74.8 ± 5.8 [65-83]	70.6 ± 5.3 [65-91]	71.7 ± 5.1 [65-83]
DP cog J0	8.3 ± 2.4	10.7 ± 2.2	7.3 ± 3.9
DP cog S8	7.5 ± 4.2	11.2 ± 2.4	9.4 ± 3.0*
DP dyn J0	2.4 ± 1.5	4.5 ± 1.7	2.5 ± 2.4
DP dyn S8	2.4 ± 2.0	4.5 ± 1.9	3.2 ± 1.9
DP ver J0	10.6 ± 3.8	9.2 ± 3.4	11.9 ± 3.8
DP ver S8	9.2 ± 3.8	8.4 ± 2.8	9.6 ± 4.0
MMS J0	18.3 ± 4.5	25.7 ± 2.8	17.7 ± 4.0
MMS S8	18.6 ± 4.1	25.8 ± 3.3	22.0 ± 4.2*
MGDS J0	2.4 ± 1.1	2.7 ± 1.1	2.9 ± 0.9
MGDS S8	1.7 ± 0.9*	1.8 ± 1.3*	1.9 ± 1.4*

Légende: cases sombres = test de Wilcoxon ($p < 0.05$): différence statistiquement significative, confirmée par le test t de séries appariées.

- Dans le groupe des sujet déments dépressifs seule la Mini-GDS s'améliore de manière significative avec le traitement antidépresseur. Le fonctionnement cognitif (apprécié par DP cog et le MMS) ainsi que le fonctionnement psychodynamique général ne s'améliorent pas (à noter toutefois : l'amélioration presque significative de la projection verbale après traitement : DP ver : p=0.076).

- Dans le groupe des patients dépressifs on observe également une amélioration de la thymie (évaluée par la Mini-GDS) alors que la cognition et le fonctionnement psychodynamique n'évoluent pas de manière significative (il est cependant à remarquer que dans cette catégorie de patients, les altérations cognitives étaient évidemment moindres avant traitement que chez les sujets déments).

- Dans le groupe des sujets pseudodéments le traitement antidépresseur joue un rôle favorable sur les performances cognitives (amélioration significative des scores obtenus au

MMS et à DP cog) et sur l'humeur (progression significative du score de la Mini-GDS). Il y a également une amélioration, statistiquement non significative, du fonctionnement psychodynamique (DP dyn) et de la projection verbale (DP ver).

-IV- PREDICTIVITE DES INSTRUMENTS A J0 POUR PREJUGER DE L'EVOLUTION ENTRE J0 ET S8 :

-A- Introduction :

Dans la perspective d'une utilisation du « Test du Dessin du Personnage », du MMS et de la Mini-GDS à des fins pronostiques, il est apparu légitime d'examiner si les scores obtenus au bilan psychométrique réalisé avant traitement antidépresseur (J0) pouvaient permettre de prévoir l'évolution des patients et en particulier leur réponse à la thérapeutique antidépressive dans les huit semaines qui succédaient à l'évaluation initiale.

La résolution de cette question (prédictivité des instruments à J0 sur la réponse thérapeutique à S8) supposait préalablement que soient étudiées les modalités d'évolution sous antidépresseurs des trois catégories de patients.

-B- Population et méthode :

-1- Population :

Cette étude a été réalisée sur le même échantillon de patients que la précédente. Il était constitué de 74 patients (âge moyen : 71.9 ans ± 5.6 [65-91]) répartis en trois catégories (selon les critères diagnostiques du DSM III-R) : « démence avec dépression » (n = 18), « dépression majeure » (n = 38) et « dépression pseudodémentielle » (n = 18).

Dans un second temps, on a réduit l'échantillon à la seule population des sujets dépressifs non déments (« dépression majeure » et « dépression pseudodémentielle » selon les critères du DSM III-R) soit 56 patients (38 + 18).

-2- Méthode :

On disposait des scores obtenus aux trois grilles du « Test du Dessin du Personnage », au MMS et à la Mini-GDS à J0 (avant traitement) et à S8 (après action du traitement antidépresseur) des trois catégories de patients.

Reprenant les résultats de la Mini-GDS réalisée à S8, quatre modalités évolutives ont pu être définies (aggravation, état identique, amélioration et guérison). Elles ont par la suite été simplifiées en une catégorie « bonne évolution » (regroupant les sujets améliorés et guéris) et un catégorie « mauvaise évolution » (état identique et aggravation).

On a d'abord procédé à une comparaison statistique (par le test Chi^2) des effectifs selon les modalités évolutives. L'objectif était de vérifier s'il existait une différence statistiquement significative dans l'évolution (bonne ou mauvaise) de la symptomatologie dépressive sous traitement entre les patients appartenant à l'une ou l'autre des 3 catégories diagnostiques.

Ensuite, on a examiné la valeur prédictive des scores obtenus aux différents outils psychométriques à J0 sur la réponse thérapeutique à S8 dans les trois catégories diagnostiques. La question posée concernait l'existence d'une différence statistiquement significative entre les scores obtenus à J0 entre les patients ayant évolué favorablement et ceux qui avaient évolué défavorablement sous antidépresseurs.

On a utilisé pour cela le test U de Mann-Whitney (test non paramétrique) pour comparer les moyennes préalablement obtenues dans chaque groupe de patients selon leur évolution. Une confirmation a été effectuée par le test-t paramétrique de séries appariées.

Une méthodologie identique a été retenue pour l'examen de la prédictivité des scores à J0 sur l'évolution à S8 d'une population réduite aux sujets dépressifs non déments. La question posée dans ce cas était : les sujets dépressifs avec ou sans troubles cognitifs associés (dépression majeure ou pseudodémence) ayant évolué favorablement avaient-ils des scores à

J0 significativement différents de ceux qui avaient eu une évolution défavorable sous antidépresseurs ?

Comme pour les études précédentes, le logiciel informatique utilisé pour le traitement des résultats fut « Statview 4.5 » pour Macintosh.

-C- Résultats :

-1- Evolution sous traitement des trois catégories de patients :

Le tableau 3 regroupe l'évolution sous traitement antidépresseur des patients issus de l'échantillon initial.

Tableau 3 : **Evolution sous traitement dans les trois catégories diagnostiques :**

Evolution simplifiée	BONNE		MAUVAISE	
Evolution	Guéris	Améliorés	Identiques	Aggravés
Déments	1	9	6	2
Dépressifs	5	19	9	5
DPD	3	9	5	1

Le test de Chi^2 (comparaison d'effectifs) appliqué à l'évolution simplifiée par catégories donne les résultats suivants : $Chi^2 = 0.505$ et $p = 0.78$ (> 0.05).

Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative dans l'évolution entre les trois catégories de patients : les patients réagissent aussi bien ou aussi mal au traitement quel que soit le diagnostic initial.

-2- Prédictivité des instruments à J0 pour la réponse thérapeutique dans les trois catégories :

Les résultats figurent dans le tableau 4.

Tableau 4 : **Prédictivité pour la réponse thérapeutique des 3 instruments à J0 : scores moyens (± déviations-standard) selon les outils et par catégories :**

Catégorie	Déments		Dépressifs		DPD	
Evolution	Bonne	Mauvaise	Bonne	Mauvaise	Bonne	Mauvaise
DP cog	9.1±2.5	7.2±2.1	10.7±2.4	10.6±2.0	7.7±2.8	6.3±5.8
DP dyn	2.4±1.4	2.4±1.6	4.3±1.7	4.9±1.8	2.7±2.3	2.2±2.6
DP ver	10.1±4.5	11.1±2.8	9.6±3.7	8.5±3.0	12.0±3.9	11.7±3.9
MMSE	18.8±4.4	17.7±4.9	25.4±2.4	26.2±3.3	19.0±2.9	15.0±4.7
MGDS	3.2±0.8[1]	1.4±0.5[1]	3.1±0.9[2]	2.1±1.1[2]	2.7±0.9	3.3±0.8

Légende : Test U de Mann-Whitney : $p < 0.05$; **1** : $p=0.0007$; **2** : $p=0.001$.

- Pour les trois grilles du « Test du Dessin du Personnage » et dans les trois groupes de patients, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les patients ayant évolué favorablement et ceux qui ont évolué défavorablement selon les scores moyens obtenus à J0.

Les scores au « Test du Dessin du Personnage » réalisé à J0 n'ont donc pas de valeur prédictive de l'évolution favorable ou non des patients.

- En ce qui concerne le MMS, les scores à J0 ne sont pas non plus significativement différents selon les modalités évolutives quel que soit le groupe auquel appartenait le patient.

Il faut cependant remarquer que dans la catégorie des pseudodéments (DPD), la valeur de p au test U de Mann-Whitney est presque significative ($p = 0.098$, statistiquement

significatif si l'on considère une valeur de $p < 0.10$). Le test t donne quant à lui une valeur de p significative ($p = 0.038$). Les patients souffrant d'une dépression pseudo-démentielle qui avaient un MMS bas à J0 sont ceux qui ont évolué le moins favorablement.

Le MMS n'a donc pas de valeur prédictive de la réponse thérapeutique lorsqu'il est réalisé à J0 sauf chez les pseudodéments où il pourrait l'être (test U non significatif, mais test t significatif).

- Le score initial à la Mini-GDS révèle quant à lui une différence statistiquement significative selon l'évolution sous traitement chez les déments et les dépressifs. Par contre, il n'existe pas de différence significative dans la catégorie « dépression pseudo-démentielle ».

Paradoxalement, parmi les patients dépressifs et les déments ce sont ceux qui avaient un score élevé à J0 qui vont évoluer le plus favorablement. C'est l'inverse chez les pseudodéments (plus le score était bas, plus l'évolution est favorable). Donc, il apparaît que plus la dépression est sévère à J0 (selon le score à la Mini-GDS), meilleur est le pronostic évolutif contrairement à ceux dont la dépression est moins franche.

-3- Prédictivité des instruments à J0 pour préjuger de l'évolution sous traitement des patients dépressifs :

Le tableau 5 réunit les scores moyens ($\pm$ déviations-standard) obtenus au « Test du Dessin du Personnage », au MMS et à la Mini-GDS à J0 chez les patients dépressifs non déments issus de l'échantillon initial (56 sujets sur 74) répartis selon leur évolution simplifiée.

Tableau 5 : **Prédictivité des tests à J0 pour la réponse thérapeutique à S8 chez les sujets dépressifs non déments:**

Evolution	Bonne	Mauvaise
DP cog	9.7 ± 2.9	9.3 ± 4.0
DP dyn	3.8 ± 2.0	4.1 ± 2.4
DP ver	10.4 ± 3.8	9.4 ± 3.5
MMSE	23.3 ± 4.0	22.8 ± 6.4
MGDS	3.0 ± 0.9	2.4 ± 1.2

Légende : Test U de Mann-Whitney non significatif ($p<0.05$).

Il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les scores moyens aux instruments à J0 selon l'évolution (bonne ou mauvaise) chez les patients dépressifs non déments.

On remarquera cependant que pour la Mini-GDS, il existe une différence presque significative avec le traitement des données par le test-t ($p = 0.07$).

Donc, lorsque les patients dépressifs sont seuls à être pris en considération, aucun des trois instruments n'a montré de potentiel prédictif de l'évolution sous traitement.

-V- ETUDE DE LA VALEUR PRONOSTIQUE DES SCORES AUX TESTS A J0 ET S8 SUR L'EVOLUTION A TROIS ANS :

-A- Introduction :

L'expérience clinique permet d'observer qu'un certain nombre de patients âgés traités pour un état dépressif (dépression sans troubles cognitifs ou dépression pseudodémentielle) évoluent secondairement vers une démence.

Si l'on se réfère aux théories accordant une origine psychogénétique aux processus démentiels, la reconnaissance des sujets « à risque » permettrait d'espérer enrayer l'évolution péjorative par l'application précoce d'une thérapeutique appropriée.

Dans cette perspective, la psychométrie peut s'avérer utile en complément de la clinique.

On a donc étudié la valeur pronostique des scores au « Test du Dessin du Personnage », au MMS et à la Mini-GDS pour le risque d'évolution démentielle.

-B- Population et méthode :

-1- Population :

L'étude de la valeur prédictive des tests sur le risque démentiel a été réalisée sur la population de patients dépressifs issue de l'échantillon considéré pour les études précédentes.

Cette population comportait donc 56 sujets : 38 souffraient d'une dépression majeure et 18 d'une dépression pseudodémentielle (critères du DSM III-R).

-2- Méthode :

Parmi les patients issus de l'échantillon initial, ceux qui avaient fait l'objet d'un diagnostic de dépression (dépression majeure et dépression pseudo-démentielle) ont été rencontrés de nouveau trois ans plus tard dans le but de savoir s'ils avaient développé ou non une démence.

Dans un premier temps, on a comparé les effectifs des deux populations de dépressifs à l'aide du test de Fischer et du Chi^2 corrigé pour vérifier s'il existait une différence significative du risque de développer secondairement une démence selon que les patients souffraient d'une dépression majeure caractérisée ou d'une dépression pseudodémentielle.

On a ensuite examiné la valeur prédictive des scores obtenus au bilan psychométrique effectué à J0 puis à S8 sur le risque d'évolution démentielle. Dans les deux cas on a utilisé le test U de Mann-Whitney et le test-t apparié. Ces tests statistiques permettent en effet de comparer les scores moyens obtenus aux instruments selon l'évolution démentielle ou non des patients.

Une dernière question était celle de la valeur prédictive de la réponse thérapeutique initiale sur le risque démentiel à trois ans. Le test de Fischer et le Chi^2 corrigé ont permis de comparer les effectifs selon l'évolution initiale entre le groupe des patients dépressifs devenus déments et ceux qui n'ont pas développé de démence dans les trois années qui ont suivi l'évaluation initiale.

Le logiciel « Statview 4.5 » pour Macintosh a été utilisé pour le traitement des résultats.

-C- Résultats :

Parmi les 56 patients revus 3 ans plus tard, 10 ont développé une démence (6 appartenaient à la catégorie « dépression » et 4 à la catégorie « dépression pseudo-démentielle ») soit 18%, ceci correspondant à une incidence annuelle de 6%.

Sur ces 10 patients, 4 avaient eu une évolution initiale favorable (3 « dépressifs » et 1 « pseudodément ») et 6 avaient évolué défavorablement (3 « dépressifs » et 3 « pseudodéments »).

-1- Etude du risque d'évolution démentielle à trois ans pour les deux catégories de dépressifs :

Le tableau 6 résume les modalités évolutives à 3 ans pour les deux catégories de sujets dépressifs.

Tableau 6 : **Pronostic à 3 ans selon la catégorie diagnostique :**

Evolution à 3 ans	DEPRESSION	DPD
Démence	6	4
Non	32	14

Test de Fischer, Chi^2 corrigé

Chi^2 corrigé = 0.046 et p de Fischer = 0.71 : non significatif ($p<0.05$).

Il n'existe donc pas de différence statistiquement significative du risque de devenir dément trois ans plus tard selon que le sujet appartient à la catégorie des dépressifs souffrant

d'une dépression majeure ou bien d'une dépression pseudo-démentielle (selon les critères du DSM III-R).

-2- Prédictivité des tests réalisés à J0 pour le risque d'évolution démentielle à trois ans :

Le tableau 7 regroupe les scores moyens (± déviations-standard) aux instruments à J0 selon les catégories de sujets dépressifs pour l'étude de leur valeur prédictive du risque de démence.

Tableau 7 : **Prédictivité du risque de démence à J0 :**

Population	Dépression		DPD	
Evolution Démentielle	Non	Oui	Non	Oui
DP cog J0	10.6±2.3	11.2±1.5	7.3±4.2	7.2±3.2
DP dyn J0	4.3±1.7	5.6±1.2	2.7±2.6	1.6±1.1
DP ver J0	9.2±3.5	9.3±3.4	12.6±3.5	9.5±4.4
MMSE J0	25.7±2.7	25.7±3.4	17.6±3.9	17.7±4.8
MGDS J0	2.7±1.0	2.5±1.5	2.7±0.8	3.7±0.5

Légende: cases sombres: différence significative au test U de Mann-Whitney : $p < 0.05$.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative au test U de Mann-Whitney entre les scores obtenus aux tests à J0 selon les modalités évolutives à trois ans (démence ou non) quelle que soit la catégorie diagnostique initiale (dépression ou dépression pseudo-démentielle), sauf pour le score à la Mini-GDS à J0 chez les sujets souffrant d'une dépression pseudo-démentielle. Dans ce cas, plus le score était élevé, plus le risque de démence l'était.

L'ensemble de ces résultats est confirmé par le test-t.

Donc, hormis le score de la Mini-GDS chez les pseudodéments (pour lesquels un score élevé à la Mini-GDS à J0 est un facteur de mauvais pronostic), aucun des tests effectués à J0 ne s'est révélé prédictif du risque d'évolution vers une démence dans les trois années suivantes.

-3- Prédictivité des tests réalisés à la huitième semaine pour le risque d'évolution démentielle à trois ans :

Le tableau 8 réunit les scores moyens (± déviations-standard) aux instruments à S8 dans les deux catégories de patients dépressifs pour l'étude de leur prédictivité du risque de démence à 3 ans.

Tableau 8 : **Prédictivité du risque de démence à S8 :**

Population	Dépression		DPD	
Evolution Démentielle	Non	Oui	Non	Oui
DP cog S8	11.7±1.9	8.2±2.9	10.1±2.3	7.0±4.2
DP dyn S8	4.9±1.6	2.5±1.9	3.9±1.7	1.1±0.8
DP ver S8	7.9±2.5	10.7±3.3	8.6±3.7	13.2±2.9
MMSE S8	26.0±3.0	24.7±4.9	23.4±3.6	17.2±2.2
MGDS S8	1.6±1.2	3.0±1.1	1.5±1.3	3.2±1.0

Légende: cases sombres : test U différence significative ($p<0.05$).

Bien que non figuré dans le tableau, lorsqu'il est appliqué à la population totale (dépressifs et pseudodéments), le test U à révélé l'existence d'une différence significative entre les scores obtenus à la huitième semaine de traitement aux trois échelles du Test du Dessin du Personnage, au MMS et à la Mini-GDS selon l'évolution à trois ans. Cette significativité est confirmée par le test-t.

Ces résultats permettent de conclure à la valeur prédictive des instruments à S8 pour le pronostic évolutif vers une démence.

Le détail des scores en fonction de la catégorie diagnostique (dépressifs ou pseudodéments) est également statistiquement significatif sauf pour DP cog à S8 chez les pseudodéments (en fait, il existe une différence mais elle n'est pas significative : $p = 0.2$) et pour le MMS chez les dépressifs qui se montre moins prédictif de l'évolution que les autres tests.

Le score au DP cog à S8 est donc globalement prédictif du risque d'évolution vers une démence (chez les sujets atteints d'une dépression mais aussi chez les pseudodéments bien que la différence ne soit pas significative). Ce sont les individus qui avaient un score moins bon au DP cog après action du traitement antidépresseur qui présentent le risque le plus élevé d'évoluer vers une démence dans les trois ans, même si une amélioration avait été enregistrée entre la première et la seconde évaluation (entre J0 et S8).

DP dyn et DP ver à S8 ont également une valeur prédictive du pronostic évolutif dans tous les cas.

En ce qui concerne le MMS à S8, on peut lui reconnaître également une valeur prédictive. Il existe dans la population totale une différence presque significative ($p = 0.057$) entre les sujets ayant développé une démence et les autres, cette différence est significative chez les pseudodéments où la persistance d'un score bas malgré le traitement antidépresseur est un facteur de mauvais pronostic. Cependant dans la dépression du sujet âgé, le MMS lorsqu'il est réalisé à S8 se montre moins prédictif du risque d'évolution démentielle que les autres tests.

Le score obtenu à la Mini-GDS à S8 est lui aussi prédictif. Plus le score reste élevé après traitement, plus il y a un risque d'évoluer vers une démence.

-4- Prédictivité de la réponse thérapeutique sur le risque de démence :

Dans le tableau 9 sont figurés les effectifs des patients ayant évolué ou non secondairement vers une démence en fonction de leur évolution initiale.

Tableau 9 : **Evolution démentielle à trois ans en fonction à l'évolution initiale :**

Evolution démentielle	Réponse thérapeutique bonne	Réponse thérapeutique mauvaise
Oui	4	6
Non	32	14

Le test de Fischer donne une valeur de Chi^2 corrigé = 1.9 avec p = 0.14 non significatif ($p<0.05$).

Malgré des valeurs apparemment évocatrices d'une influence de la réponse au traitement sur le risque de démence (11% d'évolution démentielle chez les patients qui avaient répondu favorablement au traitement contre 30% chez ceux dont l'évolution avait été mauvaise), l'étude statistique tend à prouver que l'évolution initiale ne peut être considérée comme suffisamment prédictive de l'évolution ultérieure vers une démence.

-VI- DISCUSSION :

-A- Etude de la stabilité temporelle :

La première partie de l'étude a consisté à vérifier la stabilité temporelle du « Test du Dessin du Personnage » appliqué à des patients âgés chez qui le test peut permettre d'orienter le diagnostic et donc guider l'attitude thérapeutique.

Cette stabilité est un pré-requis indispensable à son utilisation dans la mesure où elle est une des qualités garantissant la reproductibilité de l'instrument et sa fiabilité quel que soit le moment où a lieu l'évaluation psychométrique.

L'étude menée sur un échantillon de 50 patients âgés de plus de 65 ans suivis en hôpital de jour psychogériatrique (34 sujets déments et 16 sujets dépressifs) conclut à l'existence d'une stabilité temporelle du score global au « Test du Dessin du Personnage »

(DP cog, DP dyn et DP ver total) pour des mesures effectuées aussi bien le matin et le soir qu'à quatre jours d'intervalle.

Pour les grilles cognitive (DP cog) et d'analyse du fonctionnement psychodynamique (DP dyn) la stabilité temporelle est respectée.

La grille d'interprétation et de cotation du discours verbal (DP ver) est la seule qui soit sujette à caution. Le score total (DP ver total) est stable et en fait, seuls les items « sexe » et « âge » ont affiché une stabilité temporelle médiocre avec les deux méthodes statistiques employées pour le traitement des résultats, ce qui engage à les considérer avec prudence. Les autres items (« âge attribué », « action », « discours attribué » et la présence d'inadéquations) sont stables dans le temps.

Le MMS et la Mini-GDS sont également des outils dont la stabilité temporelle est bonne sur l'échantillon considéré.

Il convient de préciser en guise de critique que l'échantillon se limitait à une population 50 patients âgés de plus de 65 ans, souffrant diversement de démence (en considérant non pas le type mais la sévérité des déficits) et de troubles dépressifs. Cet échantillon est certes insuffisant, mais les résultats obtenus engagent à poursuivre l'étude sur une population plus conséquente. Il pourrait ainsi être utile de reproduire l'étude avec des échantillons plus vastes distinguant chacune des catégories diagnostiques.

-B- Etude de la sensibilité au changement sous traitement :

L'étude statistique comparative des scores moyens pour chacune des catégories de patients de l'échantillon révèle qu'il existe une évolution favorable des scores à la Mini-GDS entre J0 et S8 de traitement antidépresseur pour les trois catégories de patients (déments dépressifs, dépressifs caractérisés et pseudodéments). Ce résultat confirme la fiabilité de l'instrument pour évaluer la thymie dépressive.

En outre, chez les sujets atteints d'une démence comme chez les dépressifs, l'amélioration de l'humeur ne s'accompagne pas de modifications sensibles des performances cognitives contrairement aux pseudodéments chez lesquels la progression des scores au DP

cog et au MMS traduit l'influence de la thérapeutique sur le fonctionnement cognitif ou, à l'inverse, l'effet néfaste sur celui-ci de la dépressivité de l'humeur.

Sur l'échantillon de patients considéré, l'utilisation du « Test du Dessin du Personnage » pour apprécier l'évolution des patients soumis à un traitement antidépresseur se montre donc intéressante surtout chez les sujets atteints d'une pseudodémence. Dans ce cas, c'est la grille DP cog (explorant l'évolution de la performance cognitive sous l'influence du traitement) qui fait avant tout la preuve de son intérêt.

Néanmoins, ces résultats peuvent faire l'objet de plusieurs critiques.

Avant tout, la taille de l'échantillon est restreinte. D'autre part, la variable « traitement prescrit à J0 » est d'une grande hétérogénéité : l'échantillon de patients provenant d'un recrutement sur plusieurs unités d'hospitalisation, ceux-ci ont été soumis à des thérapeutiques antidépressives variables, qu'il s'agisse du choix de la molécule que des posologies adoptées. De même, la démarche thérapeutique entre J0 et S8 a fait l'objet de variations (changement de produit, modifications posologiques, électroconvulsivothérapie ou soutien psychothérapique concomitant).

-C- Etude de la prédictivité des instruments à J0 pour préjuger de l'évolution entre J0 et S8 :

L'examen de l'évolution (bonne ou mauvaise) sous l'influence du traitement antidépresseur selon la catégorie à laquelle appartenaient les patients a montré qu'il n'existait pas de différence statistiquement significative. Le traitement agit donc sur la composante dépressive de manière comparable quel que soit le diagnostic initial.

Si l'on considère la totalité de l'échantillon de patients et les trois catégories diagnostiques (déments dépressifs, dépressifs « caractérisés » et pseudodéments), parmi les tests réalisés avant traitement, seul le score initial à la Mini-GDS apparaît capable de donner un pronostic de l'évolution à venir sous l'influence de la thérapeutique antidépressive. Cette qualité n'est pas observée dans la catégorie des pseudodéments. Plus le score à la Mini-GDS

était élevé à J0 (plus les patients étaient déprimés) et plus leur évolution sera favorable grâce aux antidépresseurs. Inversement, les sujets pseudodéments qui étaient les moins sévèrement déprimés selon le score à la Mini-GDS seront ceux pour lesquels l'évolution sera la plus favorable.

Les trois grilles du « Test du Dessin du Personnage » ne révèlent aucun caractère prédictif de l'évolution, tout comme le score au MMS (sauf chez les pseudodéments dans une certaine mesure).

Si l'on réduit l'échantillon à la seule population des sujets souffrant d'un trouble dépressif (dépression majeure ou dépression pseudodémentielle), plus aucun des trois instruments psychométriques (y compris la Mini-GDS bien que le test-t soit à la limite de la significativité) n'affiche de valeur prédictive de leur score initial pour l'évolution.

Les mêmes critiques que précédemment peuvent être formulées pour cette étude.

-D- Etude de la valeur prédictive des scores obtenus à J0 puis à S8 sur l'évolution des patients vers une démence à trois ans :

L'étude de l'évolution des sujets ayant fait l'objet d'un diagnostic initial de trouble dépressif montre qu'il n'y a pas de différence dans le risque de développer une démence dans les trois années qui succèdent au diagnostic initial de dépression entre les dépressifs « caractérisés » et les pseudodéments.

Lorsqu'on observe les scores obtenus par les patients dépressifs des deux catégories aux tests effectués à J0, on remarque que seul le score à la Mini-GDS, et seulement chez les patients souffrant d'une dépression pseudodémentielle, affiche une valeur prédictive du risque d'évolution démentielle à trois ans. Dans ce cas, plus le score était élevé à J0 (plus les patients étaient déprimés) et plus le risque de devenir dément apparaît élevé.

Les trois grilles du « Test du Dessin du Personnage », lorsqu'elle sont réalisées à J0, ne montrent aucun caractère prédictif de l'évolution vers une démence à trois ans chez les patients dépressifs issus de l'échantillon considéré pour l'étude.

Pour l'étude du risque de devenir dément à trois ans, le bilan psychométrique effectué à la huitième semaine de traitement antidépresseur a fait la preuve d'un intérêt certain sur l'échantillon de patients dépressifs considéré.

Les scores obtenus aux trois grilles du « Test du Dessin du Personnage » (DP cog, DP dyn et DP ver) sont prédictifs du risque de développer une démence dans les trois années qui suivent. Dans tous les cas (effectif global et catégories diagnostiques, même chez les pseudodéments où une différence non significative est observée) un score bas au DP cog à S8 (même si le score a progressé entre J0 et S8) est un facteur de mauvais pronostic.

Des conclusions identiques peuvent également être appliquées au MMS réalisé à S8 bien que chez les sujets souffrant d'une dépression majeure, le test soit moins prédictif du risque évolutif vers une démence que les autres instruments.

Enfin, le score obtenu à S8 à la Mini-GDS est lui aussi prédictif : plus le score reste élevé après huit semaines de traitement antidépresseur (moins le traitement se montre efficace pour améliorer la dépression) et plus le risque de développer une démence dans les trois ans est élevé.

En dernier lieu, a été envisagée la valeur prédictive de la réponse thérapeutique enregistrée entre J0 et S8 sur le risque démentiel.

Une réponse thérapeutique bonne ne peut être considérée comme un facteur de bon pronostic sur le risque d'évolution vers une démence dans les trois années suivantes tout comme une réponse initiale mauvaise n'est pas de manière absolue un facteur de mauvais pronostic.

Toutefois, il convient de préciser que la taille réduite de l'échantillon considéré, comme l'absence d'informations sur la prise en charge thérapeutique (choix de l'antidépresseur et posologies, électroconvulsivothérapie pour certains, suivi spécialisé ou non au décours de l'hospitalisation, entretiens psychothérapiques, ...), peuvent constituer un biais limitant l'interprétation statistique des résultats.

CONCLUSION

Le « Test du Dessin du Personnage » est un test psychologique ancien, dont la longévité apporte la preuve de son intérêt dans de nombreuses pathologies et à différentes époques de la vie.

Chez la personne âgée, il a surtout fait l'objet d'études visant à caractériser les modifications liées au processus de la sénescence qui s'exprimaient au travers de sa réalisation.

C'est ainsi que la plupart des travaux font état des aspects qualitatifs du dessin du personnage reflétant la conception qu'a l'individu de sa propre personne face à la vieillesse, à la régression de son autonomie et d'une manière générale aux changements survenant dans sa condition d'être humain.

Si certains auteurs ont repéré dans la figuration d'un personnage des indices de dépression ; jusqu'à présent, aucun n'avait réellement établi de grille de lecture concernant l'état affectif des patients âgés.

C'est dans le cadre de la démence que les travaux les plus considérables ont été réalisés (principalement par Ericsson et al.) dans le but d'objectiver à un stade précoce les éventuels déficits cognitifs.

Or, la démence et la dépression sont les troubles mentaux les plus fréquemment retrouvés au cours du troisième âge. Leur prévalence élevée en fait un problème de santé publique tous les jours plus préoccupant devant l'accroissement de l'espérance de vie. Les efforts de la recherche se concentrent actuellement sur la découverte de thérapeutiques véritablement curatives des états démentiels dans le but d'en réduire les conséquences dramatiques tant au niveau individuel que sur la collectivité.

L'hypothèse d'un continuum entre dépression et démence laisse apparaître la possibilité d'enrayer l'évolution déficitaire en intervenant soit en amont de la constitution des lésions neuropathologiques par une thérapeutique antidépressive appropriée dont l'efficacité est désormais établie, soit très précocement en administrant un traitement promnésiant dès les prémices de la maladie.

Malheureusement, c'est aux confins de la dépression et de la démence que le diagnostic clinique est le plus difficile à établir, y compris pour les praticiens les plus coutumiers de ce type de troubles.

C'est la perspective d'en rendre plus aisé le diagnostic qui a conduit Clément et al. à rechercher dans le « Test du Dessin du Personnage » des critères objectifs de dépistage en faveur de l'une ou l'autre des affections.
Ils ont ainsi proposé pour ce test simple, qui a fait la preuve de son intérêt et de sa facilité d'emploi dans de nombreuses pathologies, y compris chez le sujet âgé, trois grilles de lecture permettant de situer le patient dans une problématique dépressive ou démentielle et, en conséquence, d'orienter la démarche diagnostique et thérapeutique du clinicien.

Leurs travaux ont consisté dans un premier temps en l'élaboration des grilles de lecture et d'interprétation du dessin du personnage, avant d'en apprécier les qualités métrologiques tout en les comparant aux outils de référence destinés au dépistage des troubles dépressifs et/ou démentiels.

L'étude réalisée ici s'inscrit dans ce projet de recherche.

Elle permet de conclure au respect de la stabilité temporelle sur plusieurs évaluations effectuées entre le matin et le soir et à quatre jours d'intervalle du « Test du Dessin du Personnage » envisagé dans sa globalité.

La sensibilité des tests au changement sous traitement antidépresseur est inconstante.

Une amélioration des scores aux instruments n'est constatée que chez les sujets souffrant d'une dépression pseudodémentielle, et celle-ci n'est significative que pour la grille DP cog et le MMS, suggérant ainsi l'effet péjoratif de la thymie dépressive sur la performance cognitive de ces individus.

Dans les deux autres catégories de patients, seule la Mini-GDS s'améliore de manière significative après traitement de l'épisode dépressif.

Sur l'échantillon total de patients examiné ici, la fiabilité des instruments à J0 pour prédire la réponse thérapeutique s'est révélée médiocre avec le « Test du Dessin du Personnage ».

Le MMS s'est montré potentiellement prédictif, mais de manière non significative, seulement dans le groupe des patients souffrant d'une dépression pseudodémentielle.

Par contre, dans les deux autres catégories diagnostiques, la Mini-GDS est fiable. Dans ce cas, ce sont les sujets les plus sévèrement déprimés avant traitement (avec un score élevé à la Mini-GDS) qui ont le pronostic évolutif le meilleur.

En ne gardant que les 56 sujets dépressifs non déments, aucun outil psychométrique n'a montré de potentiel prédictif de l'évolution sous traitement.

Concernant la prédictivité des tests sur le risque d'évoluer vers une démence dans les trois années succédant à la prise en charge initiale des patients dépressifs, l'évaluation avant traitement (à J0) n'autorise aucune estimation de ce risque sauf dans le cas de la dépression pseudodémentielle où une score élevé (témoin d'une dépression sévère) à la Mini-GDS suggère un risque plus élevé de développer une démence.

De même, l'évolution bonne ou mauvaise des patients sous traitement antidépresseur dans les deux mois qui succèdent au bilan initial n'est nullement prédictive du risque de développer une démence dans les trois années à venir.

Par contre, après instauration et effet du traitement antidépresseur (lorsqu'une seconde évaluation psychométrique est appliquée à deux mois de la première) les trois grilles du « Test du Dessin du Personnage » tout comme le MMS et la Mini-GDS affichent des valeurs prédictives du risque élevées, et ceci dans les différentes catégories diagnostiques. Un sombre pronostic est suggéré par de mauvais résultats à la huitième semaine, en particulier à la grille cognitive (DP cog).

Au terme de cette étude il devient possible de proposer les remarques suivantes sur l'utilisation du « Test du Dessin du Personnage » chez la personne âgée.

Les travaux antérieurs réalisés par Clément et al. ont établi qu'il réunissait un certain nombre de qualités faisant de lui un test de dépistage intéressant dans le cas de la démence et de la dépression tardive car il tient compte notamment de la dimension affective de la démence et de la dimension cognitive de la dépression.

Concernant une éventuelle utilisation à d'autres fins que celle du dépistage, c'est-à-dire pour le suivi des patients soumis à un traitement antidépresseur et l'évaluation pronostique, l'emploi exclusif des trois grilles du test semble insuffisante. Par contre, leur association à la Mini-GDS et au MMS permet de trouver dans ce bilan psychométrique simple un certain nombre d'informations exploitables en complément de l'évaluation clinique.

En dernier lieu, on retiendra que la réalisation du « Test du Dessin du Personnage » chez les patients âgés souffrant d'un trouble dépressif (« typique » ou pseudodémentiel) à distance de l'instauration du traitement antidépresseur offre une estimation pronostique du risque de développer une démence dans les trois années à venir.

On ne peut conclure ce travail sans formuler quelques critiques à son sujet. Tout d'abord, l'effectif des échantillons est restreint. D'autre part, du fait du recrutement dans différentes unités d'hospitalisation, il existe une certaine hétérogénéité dans les paramètres tels que le choix de la thérapeutique antidépressive (choix des molécules, posologies), les modalités de la conduite thérapeutique entre J0 et S8 et dans les trois années qui ont suivi (changement de produit, modifications posologiques, arrêt du traitement, électroconvulsivothérapie, soutien psychothérapique concomitant, ...).

Sur l'échantillon considéré, il semble que la poursuite à dose efficace du produit qui s'est montré efficace dans les premières semaines de traitement pendant une durée suffisamment longue (indéfinie ?) serait l'attitude la plus préventive du risque démentiel chez les sujets dépressifs âgés. Cependant, cette hypothèse ne repose que sur une observation limitée et demanderait à être confirmée par une large étude prospective avec une meilleure codification de la stratégie thérapeutique à moyen et long terme.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

MINI GDS

Mini- GDS

(Clément, Nassif, Marchan et Léger, 1997)

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

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

Cotation :

A la question ❶ : oui = 1, non = 0
A la question ❷ : oui = 1, non = 0
A la question ❸ : oui = 0, non = 1
A la question ❹ : oui = 1, non = 0

TOTAL =

Score :

Si score = 1 ou plus : très forte probabilité de dépression
Si score = 0 : très forte probabilité d'absence de dépression

ANNEXE 2

MINI MENTAL STATE

MINI MENTAL STATE

version française soumise à consensus

Consignes de passation et de cotation :

ORIENTATION

- Pour tous ces items, n'accepter que la réponse exacte. Cependant, lors des changements de saison ou de mois, ou pour l'étage, permettre au patient de corriger une réponse erronée, en lui demandant : "**êtes-vous sûr ?**".
- Les seules tolérances admises concernent :
  * pour la question n°6 : lorsque le patient vient d'une autre ville, on peut se contenter de l'hôpital de la ville (car le nom de l'hôpital peut ne pas être connu du patient) ; si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du médecin.
  ** pour la question n°8 : lorsque le nom du département et de la région sont identiques (par exemple : NORD), il faut alors demander "**dans quel pays est situé ce département ?**"
- Chaque réponse juste vaut 1 point.
  Si la réponse est fausse ou s'il n'y a pas de réponse, comptez 0 point.
- Accorder 10 secondes pour chaque réponse.

APPRENTISSAGE

- Dire les 3 mots, un par seconde, face au malade en articulant bien.
- Accorder 20 secondes pour la réponse.
- Compter 1 point pour chaque mot répété correctement au premier essai.
- Si le sujet ne répète pas les 3 mots au premier essai, les redonner jusqu'à ce qu'ils soient répétés correctement. En effet, l'épreuve de rappel ne peut être analysée que si les 3 mots ont été bien enregistrés.
- Maximum : 6 essais.

ATTENTION ET CALCUL

* Il faut donner au sujet le maximum de chances, car il s'agit d'une épreuve difficile même pour des sujets témoins. Pour cela :
  . il est permis de simplifier la consigne, en disant par exemple : " **100 - 7, combien cela fait-il ?** "
  . il est permis de rappeler la soustraction à effectuer si le patient perd la consigne, en disant par exemple : " **93 - 7 combien cela fait-il ?** "
  . si le patient donne une réponse erronée, il est permis de lui dire : "**êtes-vous sûr ?**" et lui permettre de corriger. Si le patient corrige, il faut compter 1 point.
  Il faut arrêter l'épreuve après 3 erreurs.
  Il faut accorder 10 secondes par réponse.
  Il faut compter 1 point par soustraction exacte.

** Noter le nombre de lettres données dans l'ordre correct : |___|
Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant : 0 ou 1

1 - En quelle année sommes nous ? |__|
2 - En quelle saison ? |__|
3 - En quel mois ? |__|
4 - Quel jour du mois ? |__|
5 - Quel jour de la semaine ? |__|

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

6 - Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* |__|
7 - Dans quelle ville se trouve-t-il ? |__|
8 - Quel est le nom du département dans lequel est situé cette ville ?** |__|
9 - Dans quelle province ou région est située ce département ? |__|
10 - A quel étage sommes-nous ici ? |__|

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11 -	Cigare	ou	citron	ou	fauteuil	|__|
12 -	Fleur		clé		tulipe	|__|
13 -	Porte		ballon		canard	|__|

Répéter les 3 mots

ATTENTION ET CALCUL

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? *

14 - 93 |__|
15 - 86 |__|
16 - 79 |__|
17 - 72 |__|
18 - 65 |__|

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ** : E D N O M

Consignes de passation et de cotation :

RAPPEL

- Accorder 10 secondes pour répondre.
- Compter 1 point par réponse correcte.
- Aucune tolérance n'est admise, puisque l'encodage a été contrôlé lors de l'enregistrement.

LANGAGE

- D'une façon générale : compter 1 point par réponse correcte et accorder 10 secondes pour chaque réponse.

* Il faut montrer un crayon (et non un stylo ou un stylo à bille). Aucune réponse autre que crayon n'est admise.

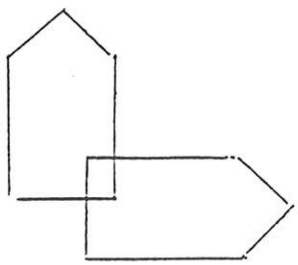
** Aucune autre réponse que montre ou montre-bracelet n'est admise.

*** La phrase doit être prononcée à haute voix, bien distinctement, face au malade ; ne compter 1 point que si la répétition est entièrement correcte.

**** Compter 1 point par item correctement exécuté. Si le sujet s'arrête et demande ce qu'il doit faire, il ne faut pas répéter la consigne, mais dire : **"faites ce que je vous ai dit".**

***** Compter 1 point si la phrase comprend un sujet et un verbe, sans tenir compte des fautes d'orthographe ou de syntaxe. Accorder 30 secondes.

PRAXIES CONSTRUCTIVES



- Compter 1 point si tous les angles sont présents et si les figures se coupent sur 2 côtés différents. On peut autoriser plusieurs essais et accorder un temps d'une minute.

RAPPEL

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19 -	Cigare	ou	citron	ou	fauteuil
20 -	Fleur		clé		tulipe
21 -	Porte		ballon		canard

LANGAGE

22 - Montrer un crayon.
Quel est le nom de cet objet ? *

23 - Montrer votre montre .
Quel est le nom de cet objet ? **

24 - **Ecoutez bien et répétez après moi : "PAS DE SI, NI DE MAIS" *****

25 - Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : "**écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :**
- **prenez cette feuille de papier avec la main droite,**

26 - **pliez-la en deux,**

27 - **et jetez-la par terre.** " ****

28 - Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : "FERMEZ LES YEUX" et dire au sujet :
"lisez ce qui est écrit sur cette feuille et faites ce que l'on vous demande".

29 - Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
"voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. " *****

PRAXIES CONSTRUCTIVES

30 - Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
"voulez-vous recopier ce dessin"

SCORE TOTAL (0 à 30) |_____|

version élaborée par : J.P. Clément, J.F Demonet, B. Deweer, B. Dubois, I. Fluchaire, L. Hugonot, L. Israel, B. Laurent, F. Mahieux, B. Michel, B. Naegele, P.J. Ousset, F. Pasquier, F. Piette, B. Pillon, J. Poitrenaud, C. Thomas-Antérion

ANNEXE 3

TEST DU DESSIN DU PERSONNAGE

COTATION DU PERSONNAGE

N° patient :

Initiales cotateur :

GRILLE QUANTITATIVE (A)

[ ] 1. Présence des 2 yeux

[ ] 2. Présence de la bouche

[ ] 3. Présence du nez

[ ] 4. Présence des cheveux

[ ] 5. Présence des oreilles

[ ] 6. Présence du tronc

[ ] 7. Présence du cou

[ ] 8. Présence des épaules

[ ] 9. Présence des bras

[ ] 10. Présence des pieds

[ ] 11. Bras attachés au tronc

[ ] 12. Jambes attachées au tronc

[ ] 13. Tronc plus long que large

[ ] 14. Taille supérieure ou égale à 5 cms

[ ] TOTAL A (sur 14)

GRILLE QUALITATIVE (B)

1. Représentation humaine :
   - . Reconnaissable 1
   - . Insuffisamment reconnaissable 0,5
   - . Non reconnaissable 0

2. Représentation de contenance (base du tronc ouverte) :
   - . Non 1
   - . Oui 0

3. Représentation d'intégrité (proportion yeux-bouche) :
   - . Bonne 1
   - . Mauvaise 0

4. Représentation d'intégrité (proportion tête/corps) :
   - . Bonne 1
   - . Mauvaise 0

5. Représentation narcissique (intérieur de la forme corporelle) :
   - . Remplissage opérant 1
   - . Remplissage inopérant 0,5
   - . Vide 0

6. Représentation narcissique (détails corporels et/ou vestimentaires :
   - . Présents 1
   - . Absents 0

7. Représentation sexuée :
   - . Présente 1
   - . Ambiguë 0,5
   - . Absente 0

TOTAL B (sur 7) [ ]

ANALYSE DU COMMENTAIRE

N° patient : **Initiales cotateur :**

I - AGE

1. Attribution franche
2. Détachement
3. Instabilité
4. Personnification

Age(s) attribué(s) :

II - SEXE

1. Enoncé sexué
2. Détachement
3. Attribution perceptive
4. Personnification

III - QUE FAIT-IL ?

1. Statut
2. Action
3. Posture ou état
4. Négation d'action
5. Détachement
6. Référence personnelle
7. Attribution d'une réalité au personnage

IV - (S'il pouvait parler, que dirait-il ?)

1. Enonciation d'affects positifs, de désir, de volonté
2. Enonciation avec affects négatifs (colère, agressivité, critique)
3. Enonciation sans coloration affective particulière
4. Enonciation avec dépréciation à propos du dessin
5. Enonciation avec dépréciation à propos du sujet
6. Négation d'énonciation
7. Détachement
8. Placage
9. Absence d'énonciation remplacée par une description du personnage
10. Référence personnelle
11. Attribution d'une réalité au personnage

V - INADEQUATIONS OU RUPTURES IDEIQUES

1. OUI
2. NON

Appendice E.

Test du dessin du personnage. COTATIONS DU COMMENTAIRE.

I. AGE ATTRIBUE.

1. Attribution franche. Le sujet attribue un âge, une tranche d'âge ou une classe d'âge.

2. Détachement. Tout énoncé correspondant à un détachement affectif ou un désintérêt par rapport à la situation de test ou à l'impossibilité d'un choix. Le sujet donne une réponse du type « je ne sais pas » ou « je ne vois pas ».

3. Instabilité. La réponse donnée est hésitante, variable, alors même qu'elle paraît d'abord extrêmement précise.

ex.: « il n'a pas 14 ans, il a plus, 22 ans mettons »
« il a bien au moins 35 ans, si ce n'est pas plus »
« il a la quarantaine, non 82 ans, mon âge »
« elle est bien vieille comme moi... oh non, c'est une petite de 12-13 ans »

4. Personnification. Le sujet donne sa date de naissance (plutôt l'année et ne se nomme pas) ou celle d'une proche.

ex.: "il est né en 11, le 5 mars..."
"elle a 49 ans, le 7 mai 1945"

NB: noter l'âge (ou les âges) attribué(s).

II. SEXE.

1. Enoncé sexué. Le sujet énonce sans hésitation le sexe du personnage.

ex.: "un homme", "c'est moi", "c'est le général de Gaulle"

2. Détachement. Tout énoncé correspondant à un détachement affectif ou un désintérêt par rapport à la situation de test ou à l'impossibilité d'un choix. Les réponses sont du type "je ne sais pas", "c'est ce qu'on veut", "peu importe, un individu", "çà peut être les deux".

3. Attribution perceptive. La représentation sexuée ne s'impose pas d'emblée, le sujet a recours au perceptif et justifie l'identité sexuelle par des détails (adhérence à ce qu'il voit, identité de perception).

ex.: "c'est une femme à cause de la robe", "un homme à cause du chapeau"

4. Personnification. Le sujet répond en attribuant une identité au personnage, le faisant entrer dans une dimension personnelle.

ex.: "c'est maxime, mon fils", "c'est mon mari"

Bien distinguer d'un énoncé sexué attribué d'emblée correspondant à la cotation 1, qui serait suivi d'un commentaire qualitatif.

ex.: "un homme, c'est Robin des bois, c'est mon père"

III. QUE FAIT-IL ?

1. Statut. Le sujet énonce un statut professionnel ou une raison sociale.

ex.: "il est menuisier", "il est dans la diplomatie"
"elle travaille à l'usine", "il travaille à l'école"
"il est à la retraite " (identité sociale), "il travaille"

2. Action. Toute action impliquant un mouvement dirigé ou non vers l'extérieur.

ex.: "il va à l'école", "il est de profil et il marche", "il parle"
"il fait du pain", "il casse du bois"
"il fait de la gym", "il s'amuse", "il sourit", "il fait la grimace"

3. Posture ou état. Tout énoncé soulignant la posture ou un état du personnage.

ex.: "il attend", "il est planté", "il est debout devant sa fenêtre",
"il est mort", "il regarde", "il écoute"

4. Négation d'action. Tout énoncé du type "rien"; sans autre précision ou commentaire.

ex.: "il ne fait pas grand chose", "il ne fait rien"

5. Détachement. La dimension imaginaire est absente, le sujet donne des réponses du type « je ne sais pas », « je ne vois pas », « je n'en ai aucune idée » ; sans autre précision ou commentaire.

6. Référence personnelle. Les réponses du sujet sont émaillées de références personnelles. Présence de détails et de précisions relatives à l'histoire du sujet.

ex.: "il est à la retraite depuis 21 ans", "il se repose, il était sur les trains"
"il a des activités politiques d'extrême droite"

7. Attribution d'une réalité au personnage. Le sujet instaure un lien avec le personnage qui est investi comme une réalité (indifférenciation des limites intérieures / extérieures).

ex.: "il a l'air de venir vers moi", "il me tend les bras"
"elle me demande de l'accompagner"

IV. QUE DIT-IL ?

1. Enonciation avec expression d'affects positifs, de désir, de volonté. Le sujet fait parler son personnage avec une tonalité affective positive.

ex.: « je suis mignonne mais des fois un peu coquine »
« elle dirait qu'elle est contente d'avoir du travail »
« mamie, je t'aime »
« il dirait qu'il aime s'amuser, se distraire le plus possible »

2. Enonciation d'affects négatifs (colère, agressivité, critique, incapacité, perplexité, amertume, morosité...). Le sujet fait parler son personnage avec une tonalité affective négative.

ex.: « je suis inquiet, mes parents me forcent à aller à l'école et je ne veux pas »,
« j'en ai marre de tous ces gamins »

3. Enonciation sans coloration affective particulière.

4. Enonciation avec dépréciation à propos du dessin. L'énoncé comporte une dimension dépréciative du dessin.

ex.: « il dirait que je l'ai un peu loupé »
« il dirait que son portrait est très peu ressemblant »
« je suis mal fait »

5. Enonciation avec dépréciation à propos du sujet. L'énoncé comporte une dimension dépréciative du sujet lui-même.

ex.: « il dirait que je suis bien moche »
« il diarit que je suis un imbécile »
« c'est pas marrant la vie que je mène »

6. Négation d'énonciation

ex.: "il ne dit rien"

7. Détachement. Le sujet ne fait pas parler le personnage. Il donne des réponses du type "je ne sais pas", "je ne vois pas, je ne peux pas vous dire".

8. Placage. La dimension imaginaire est réduite à l'expression d'un énoncé banal d'une formule de convenance, d'exclamations ou encore d'un discours vague, imprécis, ou de formules stéréotypées.

ex.: "bonjour madame", "çà va"
"bravo", "il fait beau", "on est à l'hôpital"
"elle raconterait ce qui se passe"

9. Absence d'énonciation remplacée par une description du personnage.

ex.: « je le vois vivre à la campagne, il est heureux »
« elle chanterait, elle fredonnerait»

10. Référence personnelle. Le sujet donne des commentaires personnels.

ex.: "on parle quelquefois ensemble avec mes filles"
"j'ai une camarade qui vient me voir, elle est contente de parler"
"il était formidable mon mari"
"on se dit des mots tendres avec mon mari"

11. Attribution d'une réalité au personnage. Le personnage s'adresse au sujet. Se dégage de l'énoncé l'instauration d'un lien entre le sujet et le personnage (à la limite du compagnon imaginaire), exprimé sous forme:

.d'une demande (ex.: "il me demanderait du chocolat", « il demanderait de mes nouvelles »)
.d'un tentative de rapprochement
(ex.: "elle dirait qu'elle veut venir avec moi")
.d'injonctions (ex.: "il faut aller avec les enfants, il faut travailler mieux")
..d'une mise en dialogue
(ex.: il me dirait qu'il m'aime, je lui répondrais que je l'adore").

V. INADEQUATIONS OU RUPTURES IDEIQUES. A coter pour toute absence de cohésion et/ou de lien logique dans un énoncé (associations courtes, coq à l'âne, glissements de sens...)..

ex.: entre I et II (67 ans, c'est un petit garçon)
ex.: entre II et III (une petite fille de 10 ans, elle est infirmière)
ex.: 4 ans, c'est un garçon, il est..., il travaille mais il travaille...là, c'est Pierre-Jean, attendez voir, Antoine et le 4ème... Bernard.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABELL SC, VON BRIESEN PD, WATZ LS (1996) Intellectual evaluations of children using human figure drawings : an empirical investigation of two methods. *J. Clin. Psychol.*, 52, 1 : 67-74.

ABRAHAM A (1963) *Le dessin d'une personne - Le test de Machover*. Ed. DELACHAUX & NIESTLE, Neuchâtel ; Editions EAP, Issy-Les-Moulineaux, 1985.

ABRAHAM A (1982) Le dessin de la personne humaine chez les adolescents. *Psychologie Médicale*, 14, 12 : 1855-1862.

AGBAYEWA MO (1986) Earlier psychiatric morbidity in patients with Alzheimer's disease. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 34 : 561-564.

AIKMAN KG, BELTER RW, FINCH AJ Jr (1992) Human figure drawings : validity in assessing intellectual level and academic achievement. *J. Clin. Psychol.*, 48, 1 : 114-120.

ALEXOPOULOS GS, ABRAMS RC, YOUNG RC et al. (1988) Cornell scale for depression in dementia. *Biol. Psychiatry*, 23 : 271-284.

ALEXOPOULOS GS (1992) Geriatric Depression Reaches Maturity (Editorial). *Int. J. Geriatr. Psychiatr.*, 7 : 305-306.

ALEXOPOULOS GS, MEYERS BS, YOUNG RC et al. (1993) The course of geriatric depression with « reversible dementia » : a controlled study. *Am. J. Psychiatry*, 150 : 1693-1699.

ALPEROVITCH A (1991) Epidémiologie. In *« Maladie d'Alzheimer et autres démences »*, JL SIGNORET & JJ HAUW Eds., Médecine-Sciences FLAMMARION, Paris, 147-154.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1987) *Diagnostic and Statistical manual for Mental disorders, Third Edition (revised) (DSM III-R)*. AMERICAN PSYCHIATRIC PRESS. Washington DC.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1994) *Diagnostic and Statistical manual for Mental disorders, fourth Edition (DSM IV)*. AMERICAN PSYCHIATRIC PRESS. Washington DC.

AMES LB, METRAUX RW, RODELL JL et al. (1973) *Rorschach responses in old age.* BRUNNER / MAZEL Eds., New-York.

ANZIEU D (1961) *Les méthodes projectives*. Ed. PUF, Paris.

ANZIEU D (1985) *Le Moi-Peau*. Ed. DUNOD, Paris.

APFELDORF M, SMITH W (1966) The representation of the body-self in human figure drawings. *J. Project. Techn. Pers. Assess.*, 30 : 393-396.

APFELDORF M, RANDOLPH JJ, WHITMAN GL (1966) Figure drawing correlates of furlough utilization in an aged institutionalized population. *J. Project. Techn. Pers. Assess.*, 30 : 467-470.

ATLAS JA, MILLER AL (1992) Human figure drawings as estimates of intelligence for adolescents in an impatients psychiatric unit. *Percept. Mot. Skills*, 75, 3 Pt 1 : 690.

AUBIN H (1970) *Le dessin de l'enfant inadapté*. Ed. PRIVAT, Toulouse.

AUBIN-BRUNET V, JOUVENT R (1996) Méthodologie d'évaluation de la dépression chez l'âgé. In *« Les dépressions du sujet âgé »*, Ed.MASSON, Paris, 43-70.

AZORIN JM, MATTEI JP (1983) Les pseudodémences. Problèmes cliniques et pathogéniques. *L'Encéphale*, 20 : 281-284.

BALDWIN IT (1964) The head-body ratio in human figure drawings of schizophrenic and normal adults. *J. Project. Techn. Pers. Assess.*, 28 : 393-396.

BALIER C (1979) Pour une théorie narcissique du vieillissement. *L'information Psychiatrique*, 55, 6 : 635-645.

BELLAK L, BELLAK SS (1973) *Manual for the Senior Apperception Technique.* CPS Eds., Larchmond, New-York.

BENTON AL (1945) A visual retention test for clinical use. *Arch. Neurol. Psychiat.*, 54 : 212-216.

BENTON AL (1952) La signification des tests de rétention visuelle dans le diagnostic clinique. *Rev. de Psychologie Appliquée*, 2 : 151-179.

BENTON AL (1963) *Manuel du test de rétention visuelle*. Ed. CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUEE, Paris.

BENTON AL (1974) *The Revised Visual Retention Test: clinical and experimental applications. 4th Edition.* THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION Eds., New-York.

BERGERET J (1974) *La personnalité normale et pathologique*. Ed.DUNOD, Paris, 148-150.

BERMAN AB, KLEIN AA, LIPPMAN A (1951) Human figure drawings as a projective technique. *J. Gen. Psychol.*, 45 : 57-70.

BERNABEU M (1990) *Contribution du dessin d'enfants à la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Etude sur treize cas.* Thèse Médecine, Lyon.

BERTRAND J (1987) L'ontolyse démentielle interprétée comme l'enfouissement somatique d'un affect dépressif. *Psychologie Médicale*, 19, 8 : 1211-1212.

BESANÇON G, CANEVET C, VENISE JL (1983) Dépression masquée. In *« La maladie dépressive »*, Ed. Médicales CIBA, Paris.

BIEDMA C, D'ALFONSO P (1955) *Le langage du dessin*. Ed. DELACHAUX & NIESTLE, Neuchâtel.

BLAZER DG (1989) Affective disorders in late life. In *« Geriatric Psychiatry »* (BUSSE EW & BLAZER DG, Eds), AMERICAN PSYCHIATRIC PRESS INC., Washington, 369-401.

BLIWISE DL, TINKLENBERG J, YESAVAGE JA et al. (1989) REM latency in Alzheimer's disease. *Biol. Psychiatry,* 25 : 320-328.

BODWIN R, BRUCK M (1960) The adaptation and validation of the draw-a-person test as a measure of self concept. *J. Clin. Psychol.,* 16 : 427-429.

BOLLER F, LUNARDELLI A, MARCIE P (1995) La démence : aperçu historique. In « *La démence : pourquoi ?* » (Actes du 8ème congrès de la Fondation Nationale de Gérontologie ; Paris, 30 janvier 1995). Ed. FNG, Paris, 1995.

BORKOWSKI JG, BENTON AL, SPREEN O (1967) Word fluency and brain damage. *Neuropsychologia*, 5 : 135-140.

BORSON S, BARNES RA, KUKULL WA et al. (1986) Symptomatic depression in elderly medical outpatients. I. Prevalence, demography and healthservice utilization. *J. Am. Geriatr. Social.,* 34 : 341-347.

BOUR P (1961) Utilisation nouvelle du Test de l'Arbre dans un service d'adultes. *Ann. Med. Psychol.,* 2 : 529-544.

BOYER P (1993) Le questionnaire QD2A. In *« L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome I »* Ed. Médicales PIERRE FABRE, Castres, 245-249.

BOYON D, MONTI P, CLEMENT JP (1995) Comment la pulsion de mort aide à vivre : à propos d'un cas de démence consécutive à un traumatisme affectif. *Psychologie Médicale*, N° spécial : 108-111.

BRODATY H, PETERS K, BOYCE P et al. (1991) Age and depression. *J. Affect. Disord.,* 23 : 137-149.

BUCK JN (1947) The HTP projective device. *Am. J. Ment. Def.,* 51 : 606-610.

BUCK JN (1948) The HTP test. *J. Clin. Psychol.,* 4 : 151-159.

BUCK JN (1964) *The House-Tree-Person (HTP) manual supplement.* WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES Eds., Beverly Hills, CA.

BUCK JN (1966) *The House-Tree-Person technique - A revised manual.* WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES Eds., Beverly Hills, CA.

BUCHT G, ADOLFSON R (1983) The Comprehensive Psychopathological Rating Scale in patients with dementia of Alzheimer type and multiinfarct dementia. *Acta Psychiatr. Scand.,* 68 : 263-270.

BURKE WJ, HOUSTON MJ, BOUST SJ et al. (1989) Use of the Geriatric Depression Scale in dementia of the Alzheimer type. *J. Am. Geriatr. Soc.,* 37 : 856-860.

BURT C (1921) *Mental and scholastic tests.* PS KING Eds., London.

BURTON A, SJOBERG Jr B (1964) The diagnostic validity of human figure drawing in schizophrenia. *J. Psychol.,* 57 : 3-18.

BUYSSE DJ, REYNOLDS CF, KUPFER DJ et al. (1988) Electroencephalographic sleep in depressive pseudodementia. *Arch. Gen. Psychiatry,* 45 : 568-575.

CAINE ED (1981) Pseudodementia. Current concepts and future directions. *Arch. Gen. Psychiatry,* 38 : 1359-1364.

CALLAHAN CM, HENDRIE HC, DITTUS RS et al. (1994) Depression in late life : the use of clinical characteristics to focus screenings efforts. *J. Gerontol.,* 49, 1 : M9-14.

CASSEL RH, JOHNSON A, BURNS WH (1958) Examiner, ego defense and the H-T-P test. *J. Clin. Psychol.,* 14 : 157-160.

CHAPPELL PA, STEITZ JA (1993) Young children's human figure drawings and cognitive development. *Percept. Mot. Skills,* 76, 2 : 611-617.

CHARAZAC P (1985) L'angoisse du vieillard dément. De la clinique à la théorie. *L'évolution Psychiatrique,* 450, 3 : 707-714.

CHARAZAC P (1996) L'élaboration des deuils passés dans le travail du vieillir. *Psychologie Médicale,* n° spécial : 12-13.

CHEBILI S, MAUREL A, PESQUE T (1992) Approche psychodynamique de la démence sénile. Implications psychothérapiques. *Rev. Gériatr.,* 17, 9 : 513-518.

CLEMENT JP, LEGER JM (1992) La place de la personne âgée dans la société. In « L'âge qui vient », *Psychiatrie Française,* 23, 3 : 9-17.

CLEMENT JP, LEGER JM, MARCHAN F et al. (1993) Utilization of the « Draw a Person » Test in the elderly (dissertation). VIth Congress of the International Psychogeriatric Association, Berlin, Germany, 5-10 September 1993, Abstract Book, p54.

CLEMENT JP (1994) Dépression et démence. In *Actes du colloque : « Faut-il soigner les déments ? »*, Remiremont, 41-54.

CLEMENT JP, LEGER JM (1994) Risk of dementia after depression in the elderly. Communication during the « Vème Congrès International Francophone de Gérontologie », October, 9-12, Strasbourg (France) and during the « Seventh Congress of Association of European Psychiatrists » September 18-22, Copenhagen (Denmark).

CLEMENT JP, BONNIN-GUILLAUME S, LEGER JM (1995a) Faits et recherches sur la dépression du sujet âgé. *« L'Année gérontologique »*, 127-138.

CLEMENT JP, LEGER JM (1995) Intérêt du test du dessin du personnage dans l'approche diagnostique des personnes âgées. *Nervure*, VIII, 9 : 12-16.

CLEMENT JP, MARCHAN F, BOYON D et al. (1995b) Le test du dessin du personnage. Intérêt dans l'approche psychopathologique de la démence (poster). IIIème Colloque de l'Ecole Doctorale « Neurobiologie & Comportement », Paris, Septembre 1995, recueil de résumés p14.

CLEMENT JP, LEGER JM (1996) Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé. In *« Les dépressions du sujet âgé »*, Ed. MASSON, Paris, 19-30.

CLEMENT JP, MARCHAN F, BOYON D et al. (1996a) Utilization of the Draw-A-Person test in the elderly. *Int. Psychogeriatrics,* 8 : 349-364.

CLEMENT JP, PAULIN S, MARCHAN F et al. (1996b) The Draw-A-Person test in the psychopathology of dementia (poster). Xth World Congress of Psychiatry, Madrid, 23-28 août 1996, recueil de résumés p347.

CLEMENT JP, LEGER JM (1997) Dépression et Démence. *Nagoya Med. J.,* 41 : 109-117.

CLEMENT JP, MONTI P, MARCHAN F et al. (1997a) Assessment of the risk of dementia with the Draw-A-Person test. *Aging & Mental Health* (submitted).

CLEMENT JP, NASSIF RF, LEGER JM et al. (1997b) Mise au point et contribution à la validation de la version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. *L'Encéphale*, 23 : 91-99.

CLEMENT JP (1998) *Graphisme et démence. Intérêt du test du dessin du personnage.* Thèse de Doctorat des Universités, Paris VI.

COHEN J (1960) A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement,* 20 : 37-46.

COHEN J (1963) Weighted kappa : nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychol. Bull.,* 70, 4 : 213-220.

CONNELY PJ, JAMIESON FE (1991) Objective assessment of praxis - The OAP diagram : simply testing for dementia. *Int. J. Geriat. Psychiatry*, 6 : 667-672.

CONWELL Y, OLSEN K, CAINE ED et al. (1991) Suicide in later life : Psychological Autopsy Findings. *Int. Psychogeriatrics*, 3 : 56-59.

COOKE E (1885) Art teaching and child nature. *London J. Education,* 2 : 10-11.

COPELAND JRM, DAVIDSON IA, DEWEY ME et al. (1992) Alzheimer's disease, other dementias, depression and pseudodementia : prevalence, incidence and three years outcome in Liverpool. *Br. J. Psychiatr.,* 161 : 230-239.

CRADDICK RA, LEIPOLD WD, CACAVAS PD (1962) The relationship of shading on the Draw-A-Person test to manifest anxiety scores. *J. Consult. Psychol.,* 26, 2 : 193.

CRONBACH LJ (1951) Coefficient alpha and internal structure of tests. *Psychometrika,* 16 : 297-334.

CROOKES TG, MAC DONALD KG (1972) Benton's visual retention test in the differentiation of depression and early dementia. *Brit. J. Soc. Clin. Psychology*, 11 : 66-69.

CROVITZ HF (1963) On direction in drawing a person. *J. Consult. Psychol.,* 26 : 196-201.

CUMMINGS JL, BENSON DF (1983) *Dementia : a clinical approach.* BUTTERWORTH Eds., Boston.

CUMMINGS JL (1986) Subcortical dementia : neuropsychology, neuropsychiatry and pathophysiology. *Br. J. Psychiatry*, 149 : 682-697.

DANION JM, WILLARD-SCHROEDER D, ZIMMERMANN MA et al. (1991) Explicit memory and repetition priming in depression. Preliminary findings. *Arch. Gen. Psychiatry,* 48 : 701-711.

DARCOURT G (1983) Dépression du sujet âgé. In *« La maladie dépressive »,* Ed. Médicales CIBA, Paris.

DASTOOR DP, SCHWARTZ G, KURZMAN D (1991) Clock-Drawing - An assessment technique in dementia. *J. Clin. Experim Gerontology*, 13 : 69-85.

D'ATH P, KATONA P, MULLAN E et al. (1994) Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I. The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS-15) and the development of short versions. *Family Practice*, 11 : 260-266.

DE AJURIAGUERRA J, MÜLLER M, TISSOT R (1960) A propos de quelques problèmes posés par l'apraxie dans les démences. *L'Encéphale,* XLIX, 5 : 375-401.

DE CASTRO CARNEIRO F (1978) Application clinique. In *« Le Test de l'Arbre »*. R. STORA. Ed. PUF, Paris.

DELAY J, PICHOT P, LEMPERIERE T et al. (1956) Le test de Rorschach dans le psychosyndrome organique. *Rev. Psychol. Appl.*, 6 : 247-287.

DELAY J, BRION S (1962) In *« Les démences tardives »*. Ed. MASSON, Paris.

DENNIS W (1958) Handwriting conventions as determinants of human figure drawings. *J. Consult. Psychol.*, 22, 4 : 293-295.

DENNIS W, RASKIN E (1960) Further evidence concerning the effect of handwriting upon the location of drawings. *J. Consult. Psychol.*, 24, 6 : 548-549.

DE RENZI E, FAGLIONI P (1978) Normative data and screening power of a shortened version of the Token-Test. *Cortex*, 14 : 41-49.

DEROUESNE C (1989) Démence et dépression : considérations théoriques. In *« Démences et dépressions ». Actes du Vème Congrès de la Fondation Nationale de Gérontologie, 30-31 Janvier 1989, Paris.* Ed. MALOINE, Paris, 6-18.

DEROUESNE C (1996) Dépressions et démences. In *« Les dépressions du sujet âgé »*. Ed. ACANTHE, MASSON, Paris, 31-41.

DI NARO C, ESCALAR G (1961) Il test dell'albero nella pratica psichiatrica. *Rass. di Neuro.*, 15 : 242-255.

DJAOUI E (1980) Le corps âgé ou l'identification impossible. *Gérontologie*, 35 : 40-42.

DONNET A, HABIB M, AZORIN JM et al. (1989) Apport de l'EEG de sommeil au diagnostic différentiel entre démence et pseudodémence dépressive. In *« Démences et dépressions ». Actes du Vème Congrès de la Fondation Nationale de Gérontologie, 30-31 Janvier 1989, Paris.* Ed. MALOINE, Paris, 96-101.

DONNET A, DASSA D, AZORIN JM (1993) Pseudodémences dépressives. *Encycl. Med. Chir, Psychiatrie,* (EDITIONS TECHNIQUES, Paris), 37-280-B-10, 4p.

DUFOUIL C, FUHRER R, DARTIGUES JF (1996) A longitudinal analysis of the association between depressive symptomatology and cognitive deterioration. *Am. J. Epidemiol.*, 144 : 634-641.

EISDORFER C (1963) Rorschach performance and intellectuel functioning in the aged. *J. Gerontol.*, 18 : 358-363.

ERICSSON K (1990) Graphic skills as a diagnostic tool for working with the elderly. *Visible Language*, 4 : 214-226.

ERICSSON K, FORSSELL L, AMBERLA K et al. (1991) Graphic skills used as an instrument for detecting higher cortical dysfunctions in old age. *Hum. Mov. Sci.,* 10 : 335-349.

ERICSSON K, FALKEHED A, FORSSELL L et al. (1992) The Short Human Figure Drawing as a complement in the screening of dementia diseases (dissertation). International Workshop *« Current Aspects of Alzheimer's disease and other dementias. Psychology and Psychopathology of the Elderly »,* International Psychogeriatric Association, Lille, France, October 29-30, Abstract Book p 26.

ERICSSON K, HOLMEN K, FORSSELL L et al. (1993) Human figure drawings (HFD) and different types of dementia in old age (poster). 6th International Psychogeriatric Association Congress, Berlin, Germany, September 5-10.

ERICSSON K, HILLERAS P, HOLMEN K et al. (1994) The short human figure drawing scale for evaluation of suspect cognitive dysfunction in old age. *Arch. Gerontol. Geriatr.,* 19, 3 : 243-251.

EVANS S, KATONA CLE (1993) Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia,* 4 : 327-333.

EXNER JE (1962) A comparison of the human figure drawings of psychoneurotics, character disturbances, normals and subjects experiencing experimentally-induced fear. *J. Project. Techn.,* 26, 4 : 392-397.

FEINBERG T, GOODMAN B (1984) Affective illness, dementia and pseudodementia. *J. Clin. Psychiatry,* 45 : 99-103.

FERMANIAN J (1984) Mesure de l'accord entre deux juges : cas quantitatifs. *Rev. Epidemiol. et Santé Publique,* 32 : 408-413.

FERMANIAN J (1995) Problèmes posés par le choix d'une échelle. In *« Psychopathologie quantitative »,* JD GUELFI, V GAILLAC, R DARDENNES, Ed. MASSON, Paris.

FERREY G, TAURAND P, GHODHBANE T (1991) Le syndrome de glissement, effondrement psychosomatique ? *Psychol. Medic.,* 23, 8 : 907-911.

FERREY G, LE GOUES G (1995) Approche diagnostique des démences. In *« Psychopathologie du sujet âgé ».* Ed. MASSON, Paris. 114-158.

FINGERT HH, KAGAN JR, SCHILDER P (1939) The Goodenough test in insulin and metrazol treatment of schizophrenia. *J. Gen. Psychol.,* 21 : 349-365.

FISMAN M (1985) Pseudodementia. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiat.,* 9 : 481-484.

FLUCHAIRE I (1990) *L'image du corps des sujets présentant une démence de type Alzheimer. A partir du test du personnage.* Mémoire DEA Psychologie et Psychopathologie cliniques, Grenoble.

FLYNN MS, FLYNN P (1991) How to identify and treat depression in the elderly. *Can. J. Geriatrics*, 7, 8 : 27-41.

FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MAC HUGHES PR (1975) « Mini Mental State ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatry Res.*, 12 : 189-198.

FOMBONNE E, FUHRER R (1991) Sensibilité, spécificité et valeurs prédictives des moyens d'évaluation en psychiatrie. *L'Encéphale*, 17 : 73-77.

FORSELL Y, JORM F, VON STRAUSS E et al. (1995) Prevalence and correlates of depression in a population of nonagenarians. *Br. J. Psychiatr.*, 167 : 61-64.

FRANK LK (1948) *Projective methods.* CHARLES C. THOMAS Eds., Springfield.

FRENCH LR, SCHUMAN LM, MORTIMER JA et al. (1985) A case-control study of dementia of the Alzheimer type. *Am. J. Epidemiol.*, 121 : 414-421.

FREUD S (1912-1913) *Totem et tabou.* Traduction française, 1977, Ed. PAYOT, Paris.

FÜRHER R, ROUILLON F (1989) La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *Psychiatrie et Psychobiologie*, 4 : 163-166.

GAYRAUD C (1989) *Expression picturale et démence.* Mémoire CES de Psychiatrie, Toulouse III.

GIEDT FH, LEHNER GFJ (1951) Assigment of ages on the draw-a-person test by male psychoneurotic patients. *J. Pers.*, 19 : 440-448.

GIL R (1995) Troubles démentiels. In *« Thérapeutique Psychiatrique »*, JL SENON, D SECHTER, D RICHARDS Eds., HERMANN, Paris, 853-871.

GILBERT JG, HALL MR (1962) Changes with age in human figure drawing. *J. Gerontol.*, 17, 4 : 397-404.

GOLDWORTH S (1950) *A comparative study of the drawings of a man and a woman done by normal, neurotic, schizophrenic and brain-damaged individuals.* Unpublished PH. D Thesis, University of Pittsburg.

GOLSTEIN AP, RAWN ML (1957) The validity of interpretive signs of aggression in the drawing of the human figure. *J. Clin. Psychol.*, 13 : 169-171.

GOODENOUGH F (1926) *Measurement of intelligence by drawings*. WORLD BOOK Co., Yonkers-on-Hudson, New-York. Traduction française (CESSELIN) : *« L'intelligence d'après le dessin, le test du bonhomme »*. Ed. PUF, Paris, 1957, 132p.

GOODENOUGH FL, HARRIS DB (1950) Studies in the psychology of children's drawings : II. 1928-1949. *Psychol. Bull.*, 47 : 369-433.

GOODENOUGH FL, HARRIS DB (1963) *The Goodenough-Harris Drawing Test.* Harcourt, BRACE & WORLD Eds., New-York.

GOODMAN M, KOTKOV B (1953) Prediction of trait ranks from Draw-A-Person measurements of obese and non-obese women. *J. Clin. Psychol.*, 9 : 365-367.

GOTTLIEB GL, GUR RE, GUR RC (1988) Reliability of psychiatric scales in patients in the dementia of Alzheimer type. *Am. J. Psychiatr.*, 145 : 857-860.

GRAPPERON J, BRUSCHERA D, VIDAL F, RAOUL Y (1994) Les examens neurophysiologiques peuvent-ils différencier dépression et démence ? *Ann. Med. Psychol.*, 152 : 217-228.

GRAVITZ MA (1966) Normal adult differentiation patterns on the figure drawing test. *J. Project. Techn. Pers. Assess.*, 30 : 471-473.

GRAY DM, PEPITONE A (1964) Effect on self-esteem on drawings of the human figure. *J. Consult. Psychol.*, 28 : 452-455.

GRECO (Groupe de Réflexions sur les Evaluations Cognitives) (1995) *ADAS-cog (partie cognitive).* L'ORTHO Ed., Molinghem.

GRECO (Groupe de Réflexions sur les Evaluations Cognitives) (1997) *Mini Mental State.* Version française soumise à consensus. A paraître.

GREEN BH, COPELAND JRM, DEWEY ME et al. (1992) Risk factors for depression in elderly people : a prospective study. *Acta Psychiatr. Scand*, 86 : 213-217.

GRÖBER E, BUSCHKE H (1987) Genuine memory deficits in dementia. *Dev. Neuropsychol.*, 13, 3 : 13-36.

GROSCLAUDE M (1987) Le dément sénile : un sujet perdu, un sujet (re)trouvable ? *Psychologie Médicale,* 19, 8 : 1267-1269.

GROSCLAUDE M (1989) « Si les troubles démentiels de la conduite avaient un sens ? » *Psychologie Médicale,* 21, 8 : 1091-1095.

GROSCLAUDE M (1993) Expression de choix de vie et troubles du comportement : à propos de l'hospitalisation de personnes démentes très âgées. *Gérontologie,* 36 : 43-45.

GROVES JR, FRIED PA (1991) Developmental items on children's human figure drawings : a replication and extension of Koppitz to younger children. *J. Clin. Psychol.*, 47, 1 : 140-148.

GUELFI JD, BOYER P, CONSOLLI S, OLIVIER-MARTIN R (1987) Les syndromes démentiels. In *« Psychiatrie »*, Ed. PUF FONDAMENTAL. Paris. 259-282.

GUELFI JD (1993) L'échelle de dépression de Hamilton. In *« L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome I »*, Ed. Médicales PIERRE FABRE, Castres. 187-196.

GURLAND BJ, KURIANSKY J, SHARPE L et al. (1977-78) The comprehensive assessment and referral evaluation (CARE) : rationale, development and reliability. *Int. J. Aging Human Dev.*, 8, 1 : 9-41.

GUTTMAN DL (1964) An exploration of ego configurations in middle and later life. In *« Personnality in middle and late life. Empirical studies »*, BL NEUGARTEN Eds., ATHERTON PRESS, New-York.

HADDAD FA, JULIANO JM (1991) Relations among scores on Matrix Analogies Test, Draw-A-Person, and Iowa Tests of basic skills for low socioeconomic children. *Psychol. Rep.*, 69, 1 : 299-309.

HAMILTON M (1960) A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psyhiatry*, 23 : 56-62.

HAMILTON M (1967) Developpment of a rating scale for primary depressive illness. *Brit. J. Soc. Clin. Psychology*, 6 : 278-296.

HAMMER EF (1958) *The clinical application of projective drawings*. CHARLES C. THOMAS Eds., Springfield, Illinois.

HANDLER L, REYHER J (1964) The effect of stress on the Draw-A-Person test. *J. Consult Psychol.*, 28, 3 : 259-264.

HANDLER L, REYHER J (1965) figure drawing anxiety indices : a review of the literature. *J. Project. Techn. Pers. Assess*, 29 : 305-313.

HANLEY JA, MAC NEIL BJ (1982) The meaning and use of the area under a receiving operating characteristics (ROC) curve. *Radiology*, 143 : 29-36.

HATHAWAY SR, MAC KINLEY JC (1940) A multiphasic personality schedule (Minnesota) : I. Construction of the schedule. *J. Psychol.*, 10 : 249-254.

HAUW JJ, VIGNOLO P, DUYCKAERTS C et al. (1986) Etude neuropathologique de 12 centenaires. La fréquence de la démence sénile de type Alzheimer n'est pas particulièrement élevée dans ce groupe de personnes très âgées. *Rev. Neurol. (Paris)*, 142 : 107-115.

HAYSLIP B (1982) The Holtzman Inkblot Technique and aging : norms and factor structure. *J. Pers. Assess.*, 46 : 248-256.

HAYSLIP B, LOWMAN RL (1986) The clinical use of projective techniques with the aged. A critical review and synthesis. In *« Clinical gerontology. A Guide to Assessment and Intervention »*, TL BRINK Eds., THE HAWORTH PRESS, New-York, 63-91.

HERFRAY C (1988) *La vieillesse. Une interprétation psychanalytique.* Ed. DESCLEE DE BROUWER, Paris.

HOFMAN A, ROCCA WA, BRAYNE C ET AL. (1991) The prevalence of dementia in Europe : a collaborative study of 1980-1990 findings. *Int. J. Epidemiol.*, 20 : 736-748.

HOLTZMAN W, THORPE J, SWARTZ J et al. (1961) *Inkblot perception and personality : Holtzman Inkblot Technique.* UNIVERSITY OF TEXAS PRESS, Austin.

HOLZBERG JD, WEXLER M (1950) The validity of human form drawings as a measure of personality deviation. *J. Project. Techn.*, 14 : 343-361.

HOPPE KD, BOGEN JE (1977) Alexithymia in twelve commissurotomized patients. *Psychother. Psychosom.*, 28 : 148-155.

HOULLEMARE A (1984) *Le test du personnage : une étude chez les personnes de plus de 65 ans.* Mémoire de DESS de psychologie clinique et pathologique, Grenoble II.

HOULLEMARE A, MONTANI C (1987) Etude transversale du dessin du personnage dans une population âgée non hospitalisée. *Psychologie Médicale,* 19, 8 : 1389-1390.

HOYT TE, BARON MR (1959) Anxiety indices in same-sex drawings of psychiatric patients with high and low MAS scores. *J. Consult. Psychol.*, 23 : 448-452.

HUGHES CP, BERG L, DANZIGER WL et al. (1982) A new clinical scale for the staging of dementia. *Br. J. Psychiatry*, 140 : 566-572.

ILLIFE S, HAINES A, GALLIVAN S et al. (1991) Assessment of elderly people in general practice. 1. Social circumstances and mental state. *Br. J. Gen. Pract.*, 41 : 9-12.

JOANETTE Y, SKA B, MELANÇON L (1992) Manifestations neuropsychologiques dans les démences de type Alzheimer: de l'homogénéité à l'hétérogénéité. *Alzheimer Actualités*, 66 : 4-7.

JONES AW, RICH TA (1957) Goodenough Draw-A-Man test as a measurement of intelligence in aged adults. *J. Consult. Psychol.*, 21 : 235-238.

JOUVE S (1982) *Approche de la projection de l'image du corps dans le test de l'arbre.* Mémoire pour la Maîtrise de Psychologie, Grenoble.

JOUVENT R, BARUCH P (1987) *« Vieillissement et Dépression »*. Ed. Médicales SPECIA, Paris.

KAFONEK S, ETTINGER WH, ROCA R et al. (1989) Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. *J. Am. Geriatr. Soc.,* 37 : 29-34.

KAHANA B (1978) The use of projective techniques in personnality assessment of the aged. In *« The clinical psychology of Aging »,* M STORANDT, I SIEGLER & M ELLIAS Eds., PLENUM, New-York.

KANOWSKI S (1994) Age-dependent epidemiology of depression. *Gerontology*, 40 (suppl. 1) : 1-4.

KATONA CLE, ALRIDGE CR (1985) The dexamethasone suppression test and depressive signs in dementia. *J. Affective Disorders,* 8 : 83-89.

KATONA CLE (1994) *Depression in old age*. Ed. JOHN WILEY & SONS, Chichester.

KAY DWK, BERGMANN K (1980) Epidemiology of mental disorders among the aged in the community. In *« Handbook of Mental Health and Aging »* (BIRREN JE & SLOANE RB Eds.), Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.

KERTESZ A (1980) *Western Aphasia Battery*. UNIVERSITY OF WESTERN ONTARIO PRESS, London, Ontario.

KHAN A, MIROLO H, MIROLO MH et al. (1993) Depression in the elderly : a treatable disorder. *Geriatrics*, 48 (suppl. 1) : 14-17.

KIELHOLZ P (1979) Le concept de la dépression masquée. *L'Encéphale*, 5 (suppl. 5) : 459-462.

KIVELÄ SL (1994) Depression and physical and social functionning in old age. *Acta Psychiatr. Scand.*, 89 (suppl. 377) : 73-76.

KLOPFER WG (1946) Personnality patterns of old age. *Rorschach Res. Exchange*, 10 : 145-166.

KLOPFER WG, TAULBEE ES (1976) Projective tests. *Ann. Rev. Psychol.,* 27 : 543-568.

KNESEVICH J, MARTIN R, BERG L et al. (1983) Preliminary report on affective symptoms in the early stages of senile dementia of the Alzheimer type. *Am. J. Psychiatry,* 140 : 233-235.

KNOPMAN DS, MASTRI AR, FREY WH et al. (1990) Dementia lacking distinctive histologic features : a common non-Alzheimer degenerative dementia. *Neurology*, 40 : 251-256.

KOCH C (1958) *Le Test de l'Arbre*. Ed. VITTE, Lyon.

KOENIG HG, COHEN HJ, BLAZER DG et al. (1993) Profile of depressive symptoms in younger and older medical inpatients with major depression. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 41 : 1169-1176.

KOPPITZ EM, SULLIVAN J, BLYTH DD et al. (1959) Prediction of first grade school achievement with the Bender gestalt test and human figure drawings. *J. Clin. Psychol.*, 15 : 164-168.

KOPPITZ EM (1968) *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. GRUNE & STRATTON Eds., New-York.

KOTKOV B, GOODMAN M (1953) The Draw-A-Person tests of obese women. *J. Clin. Psychol.*, 9 : 362-364.

KRAL VA (1983) The relationship between senile dementia (Alzheimer type) and depression. *Can. J. Psychiatry*, 28 : 304-306.

KRAL VA, EMERY OB (1989) Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged. *Can. J. Psychiatry*, 34 : 445-446.

KRAMMER-GINSBER E, GREENWALD BS, AISEN PS et al. (1989) hypochondriasis in the elderly depressed. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 37 : 507-510.

KRISHNAN KPR (1993) Neuroanatomic substrates of depression in the elderly. *J. Geriatr. Psychiatr. Neurol.*, 6 : 39-58.

KUDER GF, RICHARDSON MW (1937) The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2 : 151-160.

LAFORESTRIE R, MISSOUM G (1977) Un test projectif pour personnes âgées. *Rev. Gériatrie*, 2, 5 : 351-356.

LAFORESTRIE R, MISSOUM G (1978) Une tentative de compréhension de la démence à travers un test projectif pour personnes âgées. *Rev. Geriatr.*, 3, 2 : 65-75.

LAFORESTRIE R, MISSOUM G (1989) Nouvelle validation du test projectif Laforestrie-Missoum pour personnes âgées (LMPA) en fonction du sexe, du niveau culturel et de l'âge. *Rev. Geriatr.*, 14, 1 : 19-24.

LAKIN M (1956) Certain formal characteristics of human figure drawings by institutionalized aged and by normal children. *J. Consult Psychol.*, 20, 6 : 471-474.

LAKIN M (1960) Formal characteristics of human figure drawings by institutionalized and non institutionalized aged. *J. Gerontol.*, 15, 1 : 76-78.

LANTERI-LAURA G (1991) Démence: esquisse d'une lexicographie historique en psychiatrie. In *« Confrontations Psychiatriques: Démences. N° 33 »*. Ed. Médicales THERAPLIX, Paris. 9-19.

LAUNER LJ (1992) Overview of incidence studies of dementia conducted in Europe. In *« European Studies on the Incidence of dementing diseases »*, LJ LAUNER, C BRAYNE, JF DARTIGUES & A HOFMAN Eds. *Neuroepidemiology*, 11 (suppl 1) : 2-13.

LAVAGNA JP (1967) *Le dessin de la personne humaine chez les déments, les gens âgés et les déprimés*. Thèse Médecine, Marseille.

LAWTON MP (1988) Instrumental Activities of Daily Living (IADL). *Psychopharmacol. Bull.*, 24 : 785-787.

LAZARUS LW, NEWTON N, COHLER B et al. (1987) Frequency and presentation of depressive symptoms in patients with primary degenerative dementia. *Am. J. Psychiatry*, 144 : 41-45.

LEGER JM, CLEMENT JP (1991) Démences et affectivité. *Confrontations Psychiatriques*, 33 : 63-85.

LEGER JM, CLEMENT JP (1992) La dépression et le vieillissement. *L'Encéphale*, 18 : 511-516.

LE GOUES G (1985) La vie mentale tardive face à la réécriture de la perte. *Psychologie Médicale*, 17, 8 : 1121-1124.

LEHMANN HE (1982) Affective disorders in the aged. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 5 : 1-27.

LEHNER GFJ, SILVER H (1948) Age relationships on the Draw-A-Person test. *J. Pers. Assess.*, 17 : 199-209.

LEHNER GFJ, GUNDERSON EK (1953) Height relationships on the Draw-A-Person test. *J. Pers. Assess.*, 21 : 392-399.

LEPINE JP (1993) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. In *« L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome I »* Ed. Médicales PIERRE FABRE, Castres, 275-282.

LEWINSOHN PM (1964) Relationship between height of figure drawings and depression in psychiatric patients. *J. Consult. Psychol.*, 28 : 380-381.

LEWINSOHN PM (1965) Psychological correlates of overall quality of figure drawings. *J. Consult. Psychol.*, 29 : 504-512.

LEZAK MD (1987) Norms for growing older. *Dev. Neuropsychol.*, 3 : 1-12.

LIEBERMAN MA (1965) Psychological correlates of impending death : some preliminary observations. *J. Gerontol.*, 20 : 181-190.

LIOTARD D (1990) *Dessin et psychomotricité chez la personne âgée.* Ed. MASSON, Paris.

LISTON EH, JARVIK LF, GERSON S (1987) Depression in Alzheimer's disease: an overview of adrenergic and cholinergic mechanisms. *Comp. Psychiatry*, 28 : 444-457.

LOAS G, OTMANI O, FREMAUX D et al. (1996) Etude de la validité externe, de la fidélité et détermination des notes-seuils des échelles d'alexithymie de Toronto (TAS et TAS-20) chez un groupe de malades alcooliques. *L'Encéphale,* 22 : 35-40.

LORGE I, TUCKMAN J, DUNN MB (1954) Human figure drawings by younger and older adults. *Am. Psychol.*, 9 : 420-421 (abstract) and *J. Clin. Psychol.*, 1958, 14 : 54-56.

LUBIN B, LARSEN RM, MATARAZZO JD (1984) Patterns of psychological test usage in the United States : 1935-1982. *Am. Psychol.*, 39 : 451-454.

LUND & MANCHESTER GROUP (1994) Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *J. Neurol. Neurosurg Psychiatry,* 57 : 416-418.

MAC GREEVEY JF, FRANCO K (1988) Depression in the elderly: the role of the primary care physician in management. *J. Gen. Intern. Med.*, 3 : 498-507.

MACHOVER K (1949) *Personality projection in the drawing of the human figure (a method of personality investigation).* CHARLES C. THOMAS Eds., Springfield, Illinois.

MAC LEAN PD (1949) Psychosomatic disease and the « visceral brain ». *Psychosom. Med.*, 11 : 134-144.

MAISONDIEU J, COZIC JY, LAOUBDIA S et al. (1982) La démence existe-t-elle ? Des démences aux thanatoses. *Psychiatrie Française*, 13, 5 : 35-45.

MAISONDIEU J (1986) Les déments ne sont pas fous. *Synapse*, 22 : 36-46.

MAGNIE MN, THOMAS P (1997) Historique. In *« Maladie d'Alzheimer »*. Ed. MASSON, Paris, 3-5.

MANN AH, BLANCHARD M, WATERREUS A (1993) Depression in older people. Some criteria for effective treatment. *L'Encéphale*, 19 : 445-450.

MARTINEAU W, SANCHEZ M, VERLINGUE M et al. (1986) Dépression et détérioration : intérêt d'un diagnostic et d'un traitement précoces chez le vieillard. *Rev. Fr. Psychiatrie*, 4, 4 : 3-9.

MARTY P, M'UZAN M de (1963) La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, n° spécial : 345-356.

MARTY P (1990) *La psychosomatique de l'adulte*. Ed. PUF, Paris.

MARTY P (1991) *Mentalisation et psychosomatique*. Ed. LES EMPECHEURS DE PENSER EN ROND, Paris.

MENDES DE LEON CF, KASL SV, JACOBS S (1994) A prospective study of widowhood and changes in symptoms of depression in a community sample of the elderly. *Psychol. Med.*, 24 : 613-624.

MERRIAM A, ARONSON N, GASTON P et al. (1988) The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 36 : 7-12.

MEYERS BS, KALAYAM BV, MEI-TAL V (1984) Late-onset delusional depression : a distinct clinical entity ? *J. Clin. Psychiatr.*, 45 : 347-349.

MIETKIEWICK MC (1987) Une approche de la vie affective du dément à travers le dessin de la maison. *Psychologie Médicale*, 19, 8 : 1227-1233.

MILLER NE (1980) The measurement of mood in senile brain disease: examiner ratings and self reports. In *« Psychopathology in the aged »*, COLE JO & BARRETT JE, RAVEN PRESS Eds., New-York, 97-122.

MILLET L, MICAS-JOFFRE M, DESCLAUX B (1975) Le dessin chez l'hypocondriaque. In *« Comptes-rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française »*, Ed. MASSON, Paris.

MODELL A (1951) Changes in human figure drawings by patients who recover from regressed states. *Am. J. Orthopsychiatry.*, 21 : 584-596.

MOGAR RE (1962) Anxiety indices in human figure drawings : a replication and extension. *J. Consult. Psychol.*, 26, 1 : 108.

MONTANI C (1990) Le dément et l'angoisse de vidage. *Psychogériatrie,* 2, 6 : 6-8.

MONTGOMERY SA, ASBERG M (1979) A new depression scale designed to be sensitive to change. *Brit. J. Psychiatry,* 134 : 382-389.

MORSTYN B, HOCHANADEL G, KAPLAN E, GUTHEIL T (1982) Depression versus pseudodepression in dementia. *J. Clin. Psychiatry,* 43 : 197-199.

MURRAY HA (1943) *Thematic Apperception Test Manual.* HARVARD UNIVERSITY PRESS, Cambridge.

MURRELL SA, HIMMELFARB SA, WRIGHT K (1983) Prevalence of depression and its correlates in older adults. *Am. J. Epidemiol.*, 117 : 173-185.

MYERS JK, WEISSMAN MM (1980) Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample. *Am. J. Psychiatry*, 137 : 1081-1083.

MYSLINSKI M (1994) Permanence des organisateurs de la vie mentale adulte sous la présentation déficitaire de la femme âgée. *Psychologie Médicale*, 26 : 365-367.

NAHOR A, BENSON DF (1970) A screening test for organic brain disease in emergency psychiatric evaluation. *Behav. Neuropsychiatry*, 2 : 23-36.

NEARY D, SNOWDEN JS, NORTHERN B et al. (1988) Dementia of frontal lobe type. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 51 : 353-361.

NEMIAH JC (1977) Alexithymia : theoretical considerations. *Psychother. Psychosom.*, 28 : 199-206.

OBERLEDER M (1967) Adapting current psychological techniques for use in testing the aged. *Gerontologist*, 7 : 188-191.

OLD AGE DEPRESSION INTEREST GROUP (OADIG) (1993) How long should the elderly take antidepressants ? A double-blind placebo-controlled study of continution/prophylaxis therapy with dothiepin. *British J. of Psychiatry*, 162 : 175-182.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS) (1993) CIM-10 - Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement ; descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Ed. MASSON, Paris.

OSTERRIETH P (1944) Le test de copie d'une figure complexe. *Archives de Psychologie*, 30 : 206-356.

OVERALL JE, GORHAM DR (1972) Organicity versus old age in objective and projective test performance. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 39 : 98-105.

OXMAN TE, BARRETT JE, BARRETT J et al. (1990) Symptomatology of late life minor depression among primary care patients. *Psychosomatics*, 31 : 174-180.

PANEK PE, WAGNER EE, KENNEDY-ZWERGEL K (1983) A review of projective test findings with older adults. *J. Pers. Assess.*, 47 : 562-582.

PAYKEL ES, BRAYNE C, HUPPERT FA et al. (1994) Incidence of dementia in a population older than 75 years in the United Kingdom. *Arch. Gen. Psychiatry,* 51 : 325-332.

PEDINIELLI JL, BERTAGNE P, MILLE C (1987) L'univers affectif du dément et le processus psychotique. *Psychologie Médicale,* 19, 8 : 1221-1224.

PELICIER Y (1985) Aspects transculturels des démences. In *« Démences du sujet âgé et environnement »*. Ed. MALOINE, Paris, 22-32.

PELLET J (1993) L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg. In *« L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome I »*, Ed. Médicales PIERRE FABRE, Castres, 203-208.

PERSSON G, BERG S, NILSSON L et al. (1991) Subclinical dementia. Relation to cognition, personnality and psychopathology : a nine-year prospective study. *Int. J. Geriatr. Psychiatry,* 6 : 239-247.

PERSSON G, SKOOG I (1996) A propective population study of psychosocial risk factors for late-onset dementia. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 11 : 15-22.

PERUCHON M (1983) Réflexions à propos de quelques conduites observées dans la démence. *Bulletin de Psychologie*, 361 : 763-771.

PERUCHON M (1988) Le « contre-transfert » face aux états dépressifs du sujet âgé. *Psychologie Médicale*, 20, 6 : 813-815.

PFITZENMEYER P, MOREY F, GAUDET M (1997) Les dysfonctionnements sous-corticaux chez le sujet âgé: approche clinique et prise en charge par le gériatre. *Rev. Gériatr.*, 22, 3 : 141-150.

PICHOT P (1949) *Les tests mentaux en psychiatrie*. Ed. PUF, Paris.

PICHOT P (1954) *Les tests mentaux*. Ed. PUF, Paris, 12ème édition (1986).

PICHOT P, PERSE J (1973) Les tests projectifs. *Neuropsychiatrie,* 23 : 2075-2084.

PICHOT P, BOYER P, PULL CB et al. (1984) Le questionnaire QD2. La forme abrégée QD2A. *Rev. Psychol. Appliquée*, 4 : 323-340.

PIOTROWSKI C, SHERRY D, KELLER JW (1985) Psychodiagnostic test usage : a survey of the society for personality assessment. *J. Pers. Assess.*, 49 : 115-119.

PLOTON L, SIMEONE I (1988) Quoi de neuf en psychogériatrie ? In *« Gérontologie et Société »*. CAHIERS DE LA FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, 46 : 5-20.

PLUTCHIK R, CONTE HR, LIEBERMAN M et al. (1970) Reliability and validity of a scale for assessing the functioning of geriatric patients. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 18, 6 : 491-500.

PLUTCHIK R, CONTE HR, WEINER MB et al. (1978) Studies of body image. IV. Figure drawings in normal and abnormal geriatric and nongeriatric groups. *J. Gerontol.*, 33, 1 : 68-75.

POITRENAUD J, BARRERE H (1972) Etude sur la signification diagnostique de certaines erreurs de reproduction au VRT de Benton. *Rev. Psychol. Appliquée*, 22, 1 : 43-56.

POSTEL J (1980) Les troubles de la reconnaissance de soi au cours des démences tardives. In *« Image spéculaire du corps »*, J. CORRAZE Ed., RHADAMANTHE, PRIVAT, Paris, 215-271.

RADLOFF LS (1977) The CES-D scale : a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychol. Measurements*, 1 : 385-401.

RASKIN A (1987) Partialing out the effects of depression and age on cognitive functions: experimental data and methodological issues. In *« Handbook for clinical memory assessment of older adults »* LW POON Eds., American Psychological Association, Washington (DC), 244-256.

RASKIND MA (1992) Depression in the elderly. *Can. J. Psychiatr.*, 37 (suppl. 1) : 4-6.

RAVEN JC (1940) Matrix Tests. *Mental Health*, 1 : 10-18. *Manuel des Progressives Matrices.* EDITIONS SCIENTIFIQUES ET PSYCHOLOGIQUES, Issy-Les-Moulineaux, 1981.

REICHLIN R (1984) Current perspectives on Rorschach performance among older adults. *J. Pers. Assess.*, 48 : 71-81.

REISBERG B, BORENSTEIN J, FRANSSEN E, et al. (1986) remediable behavioural symptomatology in Alzheimer's disease. *Hospital and Community Psychiatry,* 37 : 1199-1201.

REITAN RM (1958) Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Percept Motor Skills,* 8 : 271-276.

REY A (1959) *Test de copie d'une figure complexe.* CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUEE, Paris.

REYNOLDS CF, KUPFER DJ, TASKA LS et al. (1985) EEG sleep in elderly depressed, demented and healthy subjects. *Biol. Psychiatr.*, 20 : 431-442.

REZNIKOFF M, TOMBLEN D (1956) The use of human figure drawings in the diagnosis of organic pathology. *J. Consult. Psychol.*, 6, 20 : 467-470.

RICCI C (1894) *The art of children* (D. MAITLAND, Trans.) Pedagogical seminar, 3 : 302-307 (Original work published in 1887).

RITCHIE K, ROBINE JM (1994) La démence sénile en France : une estimation de la charge actuelle et projection des tendances futures. *Médecine et Sciences*, 10 : 680-686.

RITCHIE-ROBINE K (1995) *La démence sénile en France : estimation du taux de prévalence actuel et validation d'un instrument de dépistage.* Thèse de Doctorat des Universités, discipline : Biostatistique et Informatique Médicale, Montpellier I.

ROMAN GC (1987) Senile dementia of the Binswanger type. A vascular form of dementia in the elderly. *JAMA*, 258 : 1782-1788.

RORSCHACH H (1921, 1942) *Psychodiagnostics*. GRUNE & STRATTON Eds., New-York.

ROSEN WG, MOHS RC, DAVIS KL (1984) A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry*, 141, 11 : 1356-1364.

ROSS ED, RUSH AJ (1981) Diagnosis and neuroanatomical correlates of depression in brain-damaged patients. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 38 : 1344-1354.

ROYAL RE (1949) Drawing characteristics of neurotic patients using a drawing-of-a-man-and-woman technique. *J. Clin. Psychol.*, 5 : 392-395.

ROYER J (1977) *La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme*. Ed. EDITEST, Bruxelles.

RUEGG RG, ZISOOK S, SWERLOW NR (1988) Depression in the aged : an overview. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 11 : 83-108.

SAARNI S, AZARA V (1977) Developmental analysis of human figure drawings in adolescence, young adulthood and middle age. *J. Pers. Assess.*, 41, 1 : 31-38.

SALZMAN L, HARWAY M (1967) Size of figure drawings of psychotically depressed patients. *J. Abnorm. Psychol.*, 72 : 205-207.

SCHARFETTER G, ANGST J (1980) La dépression chez le sujet âgé. *Rev. de Méd.*, 21 : 83-88.

SCHELTENS P, VERMERSCH P, LEYS D (1993) Hétérogénéité de la Maladie d'Alzheimer. *Rev. Neurol. (Paris)*, 149, 1 : 14-25.

SCHMITT L, GAYRAUD C, LEMAIRE A et al. (1988?) L'expression picturale et la démence : une étude comparative. *Comptes-Rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, Ed. MASSON, Paris.

SHADER RI, HARMATZ JS, SALZMAN C (1974) A new scale for clinical assessment in geriatric population : Sandoz Clinical Assessment - Geriatric (SCAG). *J. Am. Geriatr. Soc.*, 22, 3 :107-113.

SHALAT SL, SELTZER B, PIDCOCK C et al. (1987) Risk factors for Alzheimer's disease: a case-control stdy. *Neurology*, 37 : 1630-1633.

SHEIK JI, YESAVAGE JA (1986) Geriatric Depression Scale (GDS) : recent evidence and development of a shorter version. In *« Clinical Gerontology : A guide to assessment and intervention »*, BRINK TL Eds., THE HAWTHORN PRESS, New York, 165-173.

SHULMAN KI, SHEDLETSKY R, SILVER IL (1986) The challenge of time : clock-drawing and cognitive function in the elderly. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 1 : 135-140.

SIFNEOS PE (1972) *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. MASS Eds., HARVARD UNIVERSITY PRESS, Cambridge.

SIGNORET J (1991) Clinique et diagnostic. In *« Maladie d'Alzheimer et autres démences »*. Ed. FLAMMARION, Paris, 3-15.

SILVERSTEIN AB (1966) Anxiety and quality of human figure drawings. *Am. J. Mental Def.*, 70 : 607-608.

SKILLMAN G, DABBS P, MITCHELL M et al. (1992) Appropriateness of the Draw-A-Person test with Alaskan Native populations, *J. Clin. Psychol.*, 48, 4 : 561-564.

SMALL GW (1991) Recognition and treatment of depression in the elderly. *J. Clin. Psychiatr.*, 52 (suppl. 6) : 1-22.

SMALL GW, JARVIK LF (1983) The dementia syndrome. *Lancet*, 11 (8313) : 1443-1445.

SPARKS L, DEKOSKY T, MARKESBERY WH (1988) Alzheimer's disease. Aminergic-cholinergic alterations in hypothalamus. *Arch. Neurol.*, 45 : 994-999.

SROLE L, FISCHER AK (1980) The Midtown Manhattan Longitudinal Study vs « The Mental Paradise Lost » doctrine : a controversy joined. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 37 : 209-221.

STARR BD, WEINER MB, RABETZ M (1979) *The Projective Assessment of Aging Method (PAAM)*. SPRINGER Eds., New-York.

STARR BD, WEINER MB, (1993) The Projective Assessment of Aging Method (PAAM) in clinical practice. *Clin. Gerontol.*, 12 : 69-80.

STORA R (1975) *Le test du dessin d'arbre.* 2ème édition, Ed. UNIVERSITAIRES, Paris.

STORA R (1978) *Le test de l'arbre.* Ed. PUF, Paris.

SUMMERFIELD D, SMELLIE N (1987) Bereavement and severe dementia. *The Lancet*, 1 : 1097.

SUNDBERG N (1961) The practice of psychological testing in clinical services throughout the United States. *Am. Psychol.*, 16 : 79-83.

SUNDERLAND T, ALTERMAN IS, YOUNT D et al. (1988) A new scale for the assessment of depressed mood in demented patients. *Am. J. Psychiatry*, 145 : 955-959.

TATOSSIAN A (1995) Pour une (re)définition de la démence. In « *La démence : pourquoi ?* » (Actes du 8ème congrès de la Fondation Nationale de Gérontologie ; Paris, 30 janvier 1995). Ed. FNG, Paris, 1995.

TAYLOR JR, STRASSBERG DS, TURNER CW (1989) Utility of the MMPI in a geriatric population. *J. Pers. Assess.*, 53, 4 : 665-676.

TAYLOR RE (1960) Figure location in student and patient samples. *Psychol. Bull.*, 54 : 431-466.

TESSIER JF, LEGER JM (1985) Démence sénile et vie affective. *Sem. Hôp. (Paris)*, 61,31 : 2263-2267.

TESSIER JF, LEGER JM (1987) Le dément est-il doué d'une vie affective ? *Psychologie Médicale*, 19, 8 : 1195-1197.

THOMAZI J (1962) *Le bonhomme et l'enfant*. Editions COQUEMARD, Angoulême.

THOME A (1991) Interactions aliénantes entre le dément sénile et sa famille. *L'Information Psychiatrique*, 10 : 981-984.

THOME-RENAULT A (1994) Une théorie pulsionnelle du vieillissement. *L'Information Psychiatrique*, 4 : 329-335.

TUCKMAN J, LORGE I, ZEMAN FD (1961) The self-image in aging. *J. Genet. Psychol.*, 99 : 317-321.

VERNIER CM (1952) *Projective tests productions : 1. Projective drawings*.GRUNE & STRATTON Eds., New-York.

VOLICER L, LANGLAIS PJ, MATSON WR et al. (1985) Serotoninergic system in dementia of the Alzheimer type. Abnormals forms of 5-hydroxytryptophan and serotonin in cerebrospinal fluid. *Arch. Neurol.*, 42 : 1158-1161.

WAELHER CA, ZABACK TP (1991) Sex of figure drawings and self-esteem. *Percept. Mot. Skills*, 73, 2 : 683-688.

WALD J (1983) Alzheimer's disease and the role of art therapy in its treatment. *Am. J. Art Therapy*, 22 : 57-63.

WALLON H, LANG K (1989) Dessin du bonhomme et schéma corporel (un aspect graphique de l'intégration du schéma corporel). *Psychologie Médicale*, 21, 5 : 637-642.

WEISSMAN MM, MYER JK (1978) Affective disorders in a U.S. community : the use of research diagnostic criteria in an epidemiologic survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 35 : 1304-1311.

WELLS CE (1979) Pseudodementia. *Am. J. Psychiatry*, 136 : 895-900.

WESCHLER DA (1939) *The measurement and appraisal of adult intelligence.* WILLIAMS & WITKINS, Baltimore. *Echelle d'intelligence de Weschler pour adultes : WAIS. 2ème édition,* Ed. CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUEE, Paris, 1970.

WIDLÖCHER D (1965) *L'interprétation des dessins d'enfant.* Ed. DESSART, Bruxelles.

WIDLÖCHER D (1987) Préface In *« Vieillissement et Dépression »,* Ed. Médicales SPECIA, Paris, 3-4.

WOLF-KLEIN GP, SILVERSTONE FA, LEVY AP et al. (1989) Screening for Alzheimer's disease by clock drawing. *J. Am. Geriatr. Soc.,* 37 : 730-734.

WOLK RL, WOLK RB (1971) *The Gerontological Apperception Test.* Behavioral Publications Eds., New-York.

WOODBURN SS, FERNANDEZ H, BOSCHINI C (1989) Relationships between the Goodenough-Harris Draw-A-Person test and a body-image test in Costa Rican children. *Percept. Mot. Skills*, 68, 3 pt 2 : 1131-1136.

YAGUSHI K (1981) A study of tree-drawings in aged people : an examination of formal indices of the drawings. *J. Child. Dev.,* 17 : 32-34.

YAMAMOTO T, HIRANO A (1985) Nucleus raphe dorsalis in Alzheimer's disease: neurofibrillary tangles and loss of large neurons. *Ann. Neurol.,* 17 : 573-577.

YESAVAGE JA, ADEY M, WERMER PD (1981) Development of a geriatric behavioral self-assessment scale. *J. Am. Geriatr. Soc.,* 29, 6 : 285-288.

YESAVAGE JA, BRINK TL, ROSE TL et al. (1983) Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a preliminary report. *J. Psychiatr. Res.,* 17 : 37-49.

YESAVAGE JA (1992) Depression in the elderly. How to recognize masked symptoms and choose appropriate therapy. *Postgraduate Med.,* 91, 1 : 255-261.

ZABACK TP, WAEHLER CA (1994) Sex of human figure drawings and sex-role orientation. *J. Pers. Assess.,* 62, 3 : 552-558.

ZUBENKO GS, MOOSY J (1988) Major depression in primary dementia. Clinical and neuropathologic correlates. *Arch. Neurol.,* 45 : 1182-1186.

ZWEIG RM, ROSS CA, HEDREEN JC et al. (1988) The neuropathology of aminergic nuclei in Alzheimer's disease. *Ann. Neurol.,* 24 : 233-242.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **15**

PREMIERE PARTIE **20**

-I- ELEMENTS DE PSYCHOPATHOLOGIE DU SUJET AGE **21**

-A- LES DEPRESSIONS DU SUJET AGE 22

-1- Données épidémiologiques 22

-2- Clinique de la dépression du sujet âgé 26

-a- Similitudes entre les dépressions de l'adulte et de la personne âgée..... 27

-b- Spécificités de la dépression du sujet âgé 28

- Le corps, médiateur de la souffrance morale :
les « dépressions masquées » 28

- Dépressions tardives empruntant la symptomatologie
d'un autre trouble psychique 30

- Formes délirantes 30

- Dépressions et modifications du caractère
et du comportement 31

- « La névrose du grand âge » : dépression anxieuse 32

- Présentation anhédonique de la dépression 32

- Dépressions s'exprimant sous la forme d'un déficit intellectuel 33

- « Le syndrome de glissement » 33

-3- Conclusion 34

-B- LES DEMENCES 34

-1- Historique du concept de démence 35

-2- Définitions 38

-3- Classifications des états et syndromes démentiels 41

-4- Données épidémiologiques 43

-5- Approche psychopathologique des démences 45

-C- RELATIONS ENTRE DEMENCES ET DEPRESSIONS 52

-1- Difficultés du diagnostic différentiel entre démences et dépressions, les dépressions pseudodémentielles et démences pseudodépressives 52

-a- Similitudes entre démences et dépressions : les arguments du diagnostic différentiel 53

-b- les dépressions pseudodémentielles 55

-c- les démences pseudodépressives 57

-2- La dépression chez le sujet dément 58

-3- Existence d'un continuum entre dépressions et démences 60

-II- L'EVALUATION PSYCHOMETRIQUE CHEZ LE SUJET AGE : 63

-A- QUALITES METROLOGIQUES DES TESTS : 64

-1- Introduction : 64

-2- Définitions : 65

-a- Sensibilité, Spécificité, Valeur prédictive positive, Valeur prédictive négative 65

-b- L'Homogénéité 67

-c- La Fidélité 68

-d- La Validité 69

-3- Qualités métrologiques du « Test du Dessin du Personnage »..... 71

-B- APPORTS DE LA PSYCHOMETRIE DANS LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DES TROUBLES DEPRESSIFS DU SUJET AGE 72

-1- L'échelle de dépression de HAMILTON (HDRS) 73

-2- L'échelle de dépression de MONTGOMERY & ASBERG (MADRS) 73

-3- Le questionnaire QD2A 73

-4- L'échelle CES-D 74

-5- La Geriatric Depression Scale (GDS) 74

-6- La Mini-GDS 75

-C- APPORTS DE LA PSYCHOMETRIE DANS LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DES TROUBLES DEMENTIELS DU SUJET AGE : 76

-1- Outils non spécifiques : 77

-a- Le Mini Mental Test (MMS) 77

-b- La Geriatric Rating Scale (GRS) 78

-c- L'ADAS 78

-d- La SCAG 79

-e- L'échelle d'intelligence de WESCHLER pour adultes 79

-2- Outils spécifiques 79

-3- Outils évaluant l'autonomie du sujet dément 80

-D- LES TESTS DE PERSONNALITE 80

-1- Le test de Rorschach 82

-2- Le TAT 82

-3- Autres tests de personnalité employés chez la personne âgée 84

-E- EPREUVES GRAPHIQUES UTILISEES CHEZ LA PERSONNE AGEE 85

-1- Tests explorant le versant cognitif 86

-2- Tests graphiques projectifs 87

-III- LE TEST DU DESSIN DU PERSONNAGE : 89

-A- INTRODUCTION 89

-B- HISTORIQUE 91

-C- TRAVAUX ANTERIEURS 92

-1- Etudes chez l'enfant et l'adolescent 93

-2- Etudes sur différents types de pathologies 96

-a- Etudes chez les adultes névrotiques 96

-b- Etudes chez les adultes psychotiques 96

-c- Etudes sur la dépression 98

-d- Etudes sur l'anxiété 98

-e- Etudes portant sur les troubles mentaux « organiques » ou non 102

-3- Etudes spécifiques 103

-a- Etudes sur l'image du corps et la représentation de Soi 103

-b- Etudes sur la personnalité 105

-c- Etudes sur l'emplacement du dessin sur la feuille..... 105

-d- Etudes sur l'orientation du personnage sur la feuille 106

-e- Etudes sur la taille du personnage 106

-f- Etudes sur l'âge attribué au personnage 107

-g- Etudes sur le choix du sexe du personnage 108

-h- Etude sur le tracé 109

-i- Etude sur les interactions avec l'examinateur 109

-4- Etudes chez le sujet âgé 109

-a- Etudes en population âgée générale 109

-b- Etudes chez les personnes âgées démentes 120

-D- ETAT ACTUEL DES METHODES DE COTATION ET D'ANALYSE DU DESSIN DU PERSONNAGE 127

-1- Introduction 127

-2- Le « Test du Dessin du Personnage » 129

-a- Procédure et consignes de passation 129

-b- Analyse et cotation du dessin 131

- Evaluation de la dimension cognitive (DP cog) 131

- Evaluation de la dimension psychodynamique (DP dyn) 132

- Analyse du discours verbal (DP ver) 134

-3- Résultats 137

-4- Intérêt du « Test du Dessin du Personnage » chez la personne âgée 139

-5- Conclusion 141

SECONDE PARTIE :

ETUDE DE LA STABILITE TEMPORELLE, DE LA SENSIBILITE AU CHANGEMENT SOUS TRAITEMENT ET DE LA VALEUR PREDICTIVE DES TESTS SUR L'EVOLUTION **143**

-I- INTRODUCTION **144**

-II- ETUDE DE LA STABILITE TEMPORELLE **144**

-A- INTRODUCTION 144

-B- POPULATION ET METHODE 145

-1- Population 145

-2- Méthode 145

-C- RESULTATS 146

-III- ETUDE DE LA SENSIBILITE AU CHANGEMENT SOUS TRAITEMENT **150**

-A- INTRODUCTION 150

-B- POPULATION ET METHODE 150

-1- Population 150

-2- Méthode 150

-C- RESULTATS 151

-IV- PREDICTIVITE DES INSTRUMENTS A J0 POUR PREJUGER DE L'EVOLUTION ENTRE J0 ET S8 153

-A- INTRODUCTION 153

-B- POPULATION ET METHODE 153

-1- Population 153

-2- Méthode 154

-C- RESULTATS 155

-1- Evolution sous traitement des trois catégories de patients 155

-2- Prédictivité des instruments à J0 pour la réponse thérapeutique dans les trois catégories 156

-3- Prédictivité des instruments à J0 pour préjuger de l'évolution sous traitement des dépressifs 157

-V- ETUDE DE LA VALEUR PRONOSTIQUE DES SCORES AUX TESTS A J0 ET S8 SUR L'EVOLUTION A 3 ANS 158

-A- INTRODUCTION 158

-B- POPULATION ET METHODE 159

-1- Population 159

-2- Méthode 159

-C- RESULTATS 160

-1- Etude du risque d'évolution démentielle à 3 ans pour les deux catégories de dépressifs 160

-2- Prédictivité des tests réalisés à J0 pour le risque d'évolution démentielle à 3 ans 161

-3- Prédictivité des tests réalisés à S8 pour le risque d'évolution démentielle à 3 ans 162

-4- Prédictivité de la réponse thérapeutique sur le risque de démence 163

-VI- DISCUSSION 164

-A- ETUDE DE LA STABILITE TEMPORELLE 164

-B- ETUDE DE LA SENSIBILITE AU CHANGEMENT SOUS TRAITEMENT. 165

-C- ETUDE DE LA PREDICTIVITE DES INSTRUMENTS A J0 POUR PREJUGER DE L'EVOLUTION ENTRE J0 ET S8 166

-D- ETUDE DE LA VALEUR PREDICTIVE DES SCORES OBTENUS A J0 PUIS A S8 SUR L'EVOLUTION DES PATIENTS VERS UNE DEMENCE A 3 ANS 167

CONCLUSION 169

ANNEXES 174

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 190

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

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

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

BON A IMPRIMER N° 12

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRESIDENT DE L'UNIVERSITÉ

FRANÇOIS VIEBAN **THESE MEDECINE - LIMOGES**

TITRE : **L'UTILISATION DU TEST DU DESSIN DU PERSONNAGE CHEZ LE SUJET AGE : STABILITE TEMPORELLE, SENSIBILITE AU CHANGEMENT SOUS TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR ET PREDICTIVITE DU RISQUE DEMENTIEL.**

RESUME :

Les démences et les dépressions représentent l'essentiel de la pathologie mentale du sujet âgé.

Dans la complexité des liens qui les unissent, le diagnostic (en particulier différentiel) est souvent difficile à établir.

Les théories accordant une origine psychogène aux démences soulèvent la question d'une identification précoce des sujets à risque de démence dans le but de guider la thérapeutique en espérant enrayer l'évolution.

Dans tous ces cas, la psychométrie peut apporter une aide considérable au clinicien.

Le travail présenté s'inscrit dans le programme de recherche de l'équipe de psychogériatrie de Limoges sur l'intérêt du « Test du Dessin du Personnage » dans le dépistage et le suivi des troubles dépressifs et/ou démentiels du sujet âgé.

Les objectifs des études rapportées ici sont : la vérification de la stabilité temporelle de l'instrument, l'évaluation de sa sensibilité au changement sous traitement antidépresseur, l'étude de ses qualités prédictives sur la réponse thérapeutique et l'évolution des patients et sur le risque démentiel encouru dans les trois années succédant à la survenue d'un épisode dépressif.

Réalisée sur une population de personnes âgées de plus de 65 ans hospitalisés pour une démence compliquée de dépression, une dépression majeure ou une dépression pseudodémentielle, la première étude a confirmé la stabilité temporelle du test, du MMS et de la Mini-GDS (échelle de dépistage de la dépression).

La seconde étude a été effectuée sur un échantillon différent mais comportant les mêmes catégories diagnostiques. Les résultats montrent l'inconstance de la sensibilité des tests aux antidépresseurs. Le bilan psychométrique avant traitement ne permet pas de préjuger de la réponse thérapeutique. Enfin, l'association « Test du Dessin du Personnage », MMS et Mini-GDS effectuée après action du traitement antidépresseur donne une estimation fiable du risque de démence. Ces résultats suggèrent que la poursuite d'un même traitement antidépresseur à dose efficace de manière durable voire indéfinie soit l'attitude la plus préventive du risque de démence.

MOTS-CLES :

Démence ; Dépression ; Dessin du personnage ; Evaluation psychométrique ; Prédictivité ; Sujet âgé ; Traitement.

JURY :

Monsieur le Professeur J.M. LEGER	Président
Monsieur le Docteur J.P. CLEMENT	Juge
Monsieur le Professeur R. GAROUX	Juge
Monsieur le Professeur J. HUGON	Juge
Monsieur le Docteur J.F. TESSIER	Membre Invité