

# Psychogériatrie

## Agressivité du sujet âgé

C. HAZIF-THOMAS, P. THOMAS

Hôpital de jour psycho-gériatrique - Pasteur CHU - 86036 Poitiers cedex

### Résumé ■ Abstract

La prise en charge thérapeutique de l'agitation et de l'agressivité de la personne âgée conduit souvent le médecin à constater l'insuffisance des moyens de soins mis à la disposition des aînés. Cette réalité, point central de la souffrance des soignants, majore bien entendu le risque d'institutionnalisation. Les troubles du comportement surviennent souvent en écho à l'épuisement des aidants, ce qui accroît leur intensité lorsqu'ils recherchent une atténuation. Les effets secondaires des médicaments, les cris et pleurs, le syndrome du coucher de soleil, sont insuffisamment pris en compte au plan diagnostique ou thérapeutique, en grande partie parce que fondus dans le tableau de la poly-pathologie et de la polymédication, fréquentes en gériatrie. Les stratégies médicamenteuses, centrées sur la demande des aidants ne résolvent pas forcément les difficultés satellites de l'agitation ou de l'agressivité de la personne âgée, car elles sont dues principalement à la perte d'emprise sur l'environnement. Dès lors, il est nécessaire de s'appuyer sur l'entourage et la qualité de l'« écosystème » avant d'avoir l'espoir d'une thérapeutique efficace.

**Mots clés :** agressivité, maladie d'Alzheimer, démence, troubles du comportement.

#### Agressivity and ageing

*To monitor the therapeutic plan of agitation and aggressiveness in old person backs the doctor to the too frequent insufficiency of caring the disturbed person. This reality, generally reflected by the caregivers suffering, points that the symptoms worsen the risk for institutionalisation. The disturbing behaviours in echoes of exhausted carers, often raise the level of disorders with which the carers is suppose to deal. The drugs side effects, in particular the yelling, or the sun downing syndrome are also under-diagnosed and under treated with regard to poly-pathology and poly-medication, paramount in geriatrics. Moreover, the drugs strategies, centred on the demand for support by the carers does not solve all, since the agitated and aggressive old person is mainly in loss of control of his/her environment. It is then necessary to count on the entourage and the quality of the ecosystem before starting a supposed effective action.*

**Key words :** aggressiveness, Alzheimer's disease, dementia, disturbing behaviours

### > Introduction

Comptant parmi les motifs de consultation fréquents en psychogériatrie, l'agitation et l'agressivité du sujet âgé sont souvent mal vécus. Leur abord est malaisé et le pire serait de stigmatiser un malade âgé par l'image d'un comportement anormal quand il n'est parfois que passager. Bien prendre en charge un trouble du comporte-

ment chez l'aîné implique donc d'aller au-delà de la présentation du malade pour entendre sa subjectivité, sa souffrance, et se rappeler que toute la vie psychologique consiste à se comporter dans le monde, donc que tout symptôme a un sens. L'agressivité a besoin d'être resituée du côté des pulsions de vie si l'on veut faire de cette forme négative de la relation autre chose qu'une rencontre ratée. Si l'on dit

habituellement que l'agressivité est le reflet d'une souffrance psychocognitive, et qu'elle accompagne volontiers la baisse d'efficacité cognitive, on dit moins la valeur de défense territoriale qui fait d'elle une défense propre à l'espèce animale soucieuse de lutter pour sa sécurité. Mais si des inhibitions biologiques vont venir s'opposer à l'agressivité chez les oiseaux ou chez les abeilles par exemple, ce sont plutôt des inhibitions sociales et parentales qui vont s'y opposer chez l'homme.

### > Définition

Le dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique définit l'agressivité comme la « tendance à attaquer autrui, ou à tout objet susceptible de faire obstacle à la satisfaction immédiate » (*Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, Larousse, 1993) Elle est donc a priori « orientée » vers qui ou ce qui frustre la satisfaction d'un plaisir ou d'un désir. Pour autant, on dit aussi par exemple que l'agressivité n'est pas orientée lorsqu'il s'agit de fureur maniaque. C'est dire que lorsque l'agressivité devient aveugle, ce n'est plus vraiment de l'agressivité, mais plutôt de la « destructivité ».

Il convient donc de différencier l'agressivité de la destructivité, qui la prolonge lorsque la canalisation de la violence est empêchée ou rejetée, voire utilisée comme une source supplémentaire de violence recherchée pour elle-même (les réactions en chaîne, par exemple dans la violence atomique). Il importe donc de reconnaître le >

> caractère contenant ou non des soignants face à l'agressivité, voire leur collusion avec des fonctionnements institutionnels violents.

Sur un plan humain, accorder un blanc seing aux soignants dans le traitement non discerné de l'agressivité du sujet âgé sans débat préalable sur qui fait quoi et comment, c'est rendre impossible la canalisation institutionnelle de la violence en son sein et c'est ainsi favoriser plutôt le meurtre symbolique, donc la destructivité, au lieu d'amender l'agressivité, en lui concédant sa part de recherche légitime de sens, de lutte pour le sens, de désir de réorienter le sens de l'adéquation à l'environnement.

Vouloir en effet éliminer « en soi » l'agressivité de l'homme, ce serait faire de lui un être vulnérable incapable de se protéger et de se charger de la qualité de son existence: c'est par exemple ce qu'il est convenu d'appeler le syndrome du koala, dont l'espèce est en voie d'extinction... Le refus d'accueillir une personne âgée qui s'offusque, c'est déjà désirer sa mort.

C'est pourquoi il n'est pas faux de dire avec Caron que l'agressivité du sujet âgé est une défense contre l'anéantissement, d'autant qu'avec l'avancée en âge surviennent une rigidification des mécanismes de défense dont la mise en contribution est d'autant plus vive qu'existent alors une faiblesse du moi, et parfois une rareté des messages d'amour (1).

Quand il s'agit de la sphère affective, l'agressivité vient dire quelque chose de l'attachement quand manquent les mots pour le dire et le faire respecter. De ce fait, agresser, c'est aussi avouer que la parole, comme activité corporelle peut autant agresser que réparer et c'est aussi rappeler que l'agression physique vient souvent heurter le langage commun pour dire autre chose, rappeler que chacun refuse à sa façon d'être domestiqué ou enfermé quitte à se blesser aux barreaux de sa cage. C'est donc paradoxalement désirer que s'ouvrent de nouvelles perspectives, quitte à ce que la violence s'en mêle. Et c'est là que parfois tout bascule, que le corps risque de

s'emmêler jusqu'à pousser chacun à s'aveugler dans la cruauté ou l'agressivité, non plus canalisées, mais débridées dans un moment d'explosion comportementale.

L'aptitude à canaliser est moindre chez la personne âgée lorsqu'elle est aux prises avec des troubles sensoriels qui vont ainsi faciliter l'expression caractérielle: cris, irritabilité, opposition face aux situations mal perçues, colère d'incompréhension...

L'agressivité a une valeur adaptative, c'est elle aussi qui anime le cancéreux livrant une bataille pour sa survie. Ainsi Freud, qui lance au médecin venu lui annoncer son diagnostic de cancer : « Qui vous a donné le droit de me tuer ? » (lettre à W. Fliess du 22/06/1894). Pour Freud l'agressivité est ainsi un sentiment plus archaïque que l'amour et elle trouve sa source dans les pulsions de conservation du moi. C'est en quoi, et plus particulièrement hors du champ psychiatrique, « l'agressivité est d'abord une attitude générale devant la vie; elle désigne le dynamisme d'une personne qui s'affirme, qui ne fuit pas les difficultés ni la lutte pour la vie. Elle est un phénomène normal, un élément de défense permanente de l'homme face aux facteurs de stress de son environnement » (2).

L'agitation est, quant à elle, un comportement perturbant l'environnement, fait d'excitation et d'instabilité psychomotrice. Plus précisément, il s'agit d'un comportement vocal ou moteur, perturbateur ou hasardeux dont le caractère disproportionné est néfaste soit pour autrui soit pour le malade lui-même. La personne âgée est handicapée dans sa relation à l'environnement par une conscience imparfaite, du degré et de la nature de son trouble. Derrière le symptôme, existe une lutte qui se livre dans le moi du malade, lutte dont la personne menacée est l'enjeu.

A l'inverse du retrait et du repli sur soi, existe l'agitation. Le malade peut ainsi exprimer ses frustrations en marchant de long en large, en

déchirant ses vêtements, en criant, en faisant des gestes répétitifs. Cette réalité clinique comporte également des comportements agressifs consistant en des colères, des propos accusateurs, des gestes hostiles et des attitudes violentes... L'agitation demeure un trouble fréquent, et Grossberg rapporte un taux de 81% en moyenne en maison de retraite à partir d'une étude sur 43 établissements (3). L'agitation et l'agressivité de la personne âgée sont un problème majeur pour les soignants. Il n'est pas sûr que des infirmières bien entraînées à gérer la vie de relation soient moins fréquemment confrontées à la violence. Le savoir-faire en la matière est complémentaire de la mise en place d'un cadre thérapeutique afin que l'environnement soit sécurisant, rassurant : c'est en ce sens qu'il faut relativiser l'observation selon laquelle l'agitation et la violence sont d'autant plus prononcées que les performances cognitives sont basses. L'excès de contrainte d'aïdants informels parfois épuisés, la volonté de normalisation excessive dans les institutions, peuvent (ou peut-être devrait) en amener des réactions de protestation des personnes âgées. Avant de pointer la dérive caractérielle, il s'agit de voir si la réaction est bien démesurée. La maltraitance, volontaire ou non, peut être en cause, pouvant faciliter un climat dépressif et des réactions épidermiques à des contraintes plus ou moins importantes. La difficulté à gérer les incertitudes de la vie quotidienne, les sentiments de pertes d'emprise, avec la progression de la dépendance, provoquent anxiété, agressivité ou dépression, souvent sous un régime hostile, chez la personne âgée (4). Le handicap génère un vécu de perte d'emprise et confronte l'individu à un besoin des autres pour la réalisation de ce qu'il désire, ce qui est loin d'être facile à accepter. La conscience du trouble renvoie probablement à cette souffrance du malade, dont la prise en compte alimente toute la démarche de Martin Seligman (5). Elle peut être une source d'agressivité tournée vers soi comme vers >



> les autres. La violence est une extension de l'agressivité, se définissant en référence à un acte. Elle désigne donc tout acte agressif qui implique un contact physique. La violence symbolique n'a toutefois pas besoin de ce contact pour exister, et si une forte personnalité ne tue pas par elle-même, « il est possible de détruire quelqu'un avec des mots » : on parle alors de violence perverse.

## > La démarche étiologique

Quelques soient les méthodes d'approche employées, il est bon de rappeler la règle suivante : tout symptôme psychiatrique apparaissant chez le sujet âgé devrait faire l'objet d'une anamnèse, d'un examen somatique, d'une évaluation comportementale et d'un entretien avec les demandeurs de la consultation. Le patient peut rarement demander de l'aide par lui-même, étant souvent atteint dans ses capacités de communication, ou percevant autrui comme aussi impuissant que lui. Il est impératif qu'un examen psychocognitif soit mené, comprenant un MMS, un bilan gérontologique, des examens complémentaires orientés par le contexte clinique. Il faudra rester simple dans sa démarche, et chercher cinq causes prioritaires regroupées dans le sigle mémo-

technique D3AP, où D3 signifie Delirium (confusion), Dépression, Douleur, A Aide humaine inadaptée, et P épisode Psychotique (6). L'apport de l'environnement relationnel est fondamental. L'entourage nous apprendra ainsi que chez le confus, la survenue des troubles est rapide après un changement intervenu dans l'environnement, que les hallucinations peuvent accompagner l'agitation. Il nous apprendra par exemple que des douleurs s'associent parfois à une infection, apparemment seule connue. Une rétention urinaire peut être ailleurs responsable d'une agitation. Il nous aidera à reconnaître derrière l'agitation verbale d'un dément, l'existence d'une souffrance dépressive (7). Il faut savoir, en effet, que la démence est rarement directement responsable de l'agitation. Les symptômes psychotiques sont fréquents et surviennent dans près de 50 % des cas de maladie d'Alzheimer, et dans 9 à 40 % des cas de démence vasculaire (3). Si l'on prend le cas de la maladie d'Alzheimer, il apparaît utopique de vouloir obtenir la disparition complète des tous les comportements perturbateurs et il y a donc lieu d'aider l'entourage à gérer ses échecs, et de vouloir valoriser ses succès, aussi relatifs qu'ils soient. Les familles ont leur champ de compétence propre (8), qu'il importe de reconnaître afin de mieux soutenir le respect de la personnalité du patient.

On peut se demander si, dans cette maladie, la demande implicite du malade à sa famille n'est pas simplement d'être accompagné et non de guérir. Quelle que puisse être notre confiance dans l'Art de la médecine, il s'agit ici de relativiser les relations cerveau-diagnostic au profit des relations cerveau-comportement, qui pourraient être un meilleur fil conducteur dans l'appréhension des comportements perturbateurs. Autrement dit, il s'agit pour le médecin de faire le deuil de l'emprise autoritaire sur le patient sous prétexte d'un trouble du comportement, pour s'ouvrir à un pragmatisme de situation. La personnalité du malade ne doit pas être la seule à prendre en compte. Une aide humaine inadaptée serait déclenchante des manifestations d'agitation dans 12,5 % des cas (9). Les troubles du comportement sont la raison majeure des admissions des patients déments en institution, et il y a donc là des drames humains et familiaux qui ne font pas toujours l'économie de la violence symbolique ou physique, de la maltraitance. L'épuisement des soignants familiaux n'explique pas tout et l'alcoolisme, le trouble de personnalité d'un aidant vont toujours de paire avec une souffrance familiale méconnue. En d'autres termes, le trouble du comportement ne doit pas renvoyer au seul malade âgé, mais aussi au contexte socio-familial où il évolue.



Figure 1 : Modèle catastrophique de l'agressivité selon René Thom

## > Spécificités sémiologiques et étiologiques

Dans le domaine des pathologies susceptibles de s'exprimer selon une symptomatologie agressive, il n'est peut-être pas inutile de recourir à la métaphore de la catastrophe afin de comprendre que l'agressivité est ici le témoin d'une évolution systémique vers la maladie voire la mort : c'est particulièrement le cas pour la dépression lorsque l'agressivité retournée va faciliter le passage >

> à l'acte suicidaire.

L'agressivité renvoie alors à une réaction catastrophique face à un schéma anxigène de perte d'emprise. Dans les années 70, l'engagement pour la théorie des catastrophes est le point de départ d'une vive controverse sur l'utilisation de modèles mathématiques dans d'autres sciences. C'est René Thom, professeur à l'Institut des hautes études scientifiques de Bures-sur-Yvette, qui a imaginé et développé cette théorie mathématique (10). Thom entend rendre compte mathématiquement de la création et de la disparition des formes susceptibles de « s'exprimer par une discontinuité du milieu ».

La méthodologie de la théorie des catastrophes s'applique à des domaines très divers, d'un ordre psychologique ou non : transitions de phases, agressivité du chien (Figure 1)... N'importe quelle discontinuité dans les phénomènes est une catastrophe. Tout schéma de séparation comportementale, fuite-attaque, agressivité-soumission est un lieu de catastrophe. La catastrophe est donc permanente, nous n'en avons pas conscience. Dans l'exemple de l'agressivité, les paramètres de contrôle sont la « peur » et la « colère ». Mais dès que le nombre de paramètres de contrôle est égal ou supérieur à 6, il y a une infinité de catastrophes - et donc de modèles -, et la théorie devient beaucoup plus compliquée.

Pour autant, il importe de garder un cadre de pensée dans lequel il devient imaginable d'anticiper les catastrophes ; on repère alors les portes d'entrée suivantes :

- **L'agitation et l'agressivité dépressives** font parler de dépression hostile (11). Dans ces états dépressifs, les attaques de colère seraient prédominantes, l'agressivité aurait valeur d'appel à l'aide. Les troubles comportementaux amènent les soignants à qualifier ces patients de difficiles, voire de caractériels. Dans ces cas, les propos et gestes violents vont masquer la dépression. Point capital, dans la dépression, le niveau de l'agressivité est variable, tantôt relatif, tantôt absent.

- **L'agitation anxieuse**, satellite d'une attaque de panique chez la personne âgée. Le trouble panique est sous-estimé chez la personne âgée (12), et la récurrence des crises d'angoisse souvent méconnue, du fait de l'abrasion de la symptomatologie par des prescriptions "à l'aveugle" ou par la focalisation médicale sur les troubles somatiques, par exemple cardiaques, seuls pris en compte. La déambulation du dément, les plaintes itératives ou les coups de sonnette répétitifs doivent y faire penser.

- **Chez le paranoïaque**, l'agressivité est en lien avec le désir de prouver sa force ; l'objectif thérapeutique est ici de créer un climat de sécurité, c'est à dire de permettre au malade d'exprimer son agressivité sans danger de représailles (sans qu'on devienne agressif avec lui).

- **La schizophrénie vieillie** : la cessation des contacts sociaux aggrave l'agitation.

- **La démence frontale** : la désinhi-

bition, les colères, l'irritabilité, les comportements d'urination sont parallèles à la dépendance totale du malade frontal à son environnement. Certains comportements agressifs sont parfois à interpréter comme des défenses maniaques face à cette dépendance, et la question se pose alors d'une prise en charge insuffisamment cadrante.

- **Pour la maladie d'Alzheimer**,

Mortimer (13) distingue deux modes d'évolution :

1. soit agressivité et inversion du rythme Veille/Sommeil : les pertes cognitives sont alors rapides;

2. soit traits « psychotiques » - paranoïa et hallucinations dans la première année - : et l'on observe des pertes fonctionnelles rapides.

Quoi qu'il en soit, les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer résultent souvent d'une inadaptation au changement. La dépendance, les déambulations coûtent moins aux aidants que l'agressivité et les signes négatifs, selon Brodaty (14).

## > Agressivité et agitation : la question des traitements antipsychotiques

Ce sont des produits manifestant une affinité significative pour les récepteurs autres que les D2, et notamment les récepteurs 5 HT2, et relevant d'un concept hétérogène recouvrant divers phénomènes : symptomatologie extrapyramidale, symptômes négatifs, symptômes cognitifs (Tableau 1) (15).

On appelle antipsychotique (16) un produit ayant une action antipsychotique chez la plupart des >

### Règles de prescription des neuroleptiques

- Restreindre l'usage des neuroleptiques chez le sujet âgé.
- Toujours utiliser une monothérapie neuroleptique.
- Limiter la durée de prescription à 6 mois.
- Utiliser le neuroleptique le moins anticholinergique.
- Ne jamais utiliser d'anticholinergique systématique.
- Ne jamais arrêter brutalement le neuroleptique.

Tableau 1 : les règles de prescription

- Toujours avoir un réflexe pharmacovigilant : quel médicament peut être responsable ?
- Clinique :
  - faciès hébété, tenue débraillée
  - obnubilation de la conscience, désorientation temporo-spatiale, vigilance fluctuante
  - agitation surtout vespérale ou nocturne
  - trouble du rythme veille-sommeil (inversion, déstructuration)
  - fièvre, déshydratation, sueurs...

Tableau 2 : Agitation et confusion mentale.

- agitation dans l'environnement. Stimulation excessive en fin d'après-midi
- variations glycémiques, faim angoissante
- insuffisance respiratoire sur B.P.C.O. ; hypoxie
- peur de l'isolement
- problèmes liés aux repas : heurts avec les autres, saleté ou jalousie, histoire des repas, colère de ne pas être servi plus vite.. .
- lumière inadéquate, insuffisante. Variation de l'intensité lumineuse dans le lieu de vie.

Tableau 3 : Facteurs environnementaux précipitant le syndrome du coucher de soleil (agitation et agressivité au crépuscule).

> patients à des doses qui n'induisent que peu ou pas de symptômes extrapyramidaux tels que syndrome parkinsonien ou akathisie, avec des critères complémentaires éventuels tels que :

- absence d'augmentation de sécrétion de prolactine,
- efficacité supérieure sur les symptômes positifs, négatifs, ou cognitifs,
- absence de dyskinésies et dystonies tardives après administration chronique (16).

La **risperidone** remplit ces conditions, et, outre un effet antipsychotique très positif, présente un effet intéressant sur les symptômes négatifs et les symptômes cognitifs ainsi que sur l'humeur (17). Elle est donc une molécule de premier plan dans la prise en charge thérapeutique de l'agressivité et de l'agitation de la personne âgée.

Repérer la souffrance du malade et la prendre en charge doit être le motif-guide des interventions psychogériatriques. Dans les indications à traiter des personnes âgées par des antipsychotiques, il y a certes les symptômes psychotiques de la personne âgée d'origine diverse, mais aussi certains troubles du comportement ou symptômes psychologiques de la démence (BPSD des auteurs

anglo-saxons - *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*).

C'est notre difficulté en tant que praticiens de la personne âgée, généralistes, gériatres, psychiatres, que de lire le sens des symptômes et de chercher par exemple derrière un trouble du comportement l'expression d'une souffrance. Les réponses thérapeutiques ne sont pas toutes dans le non-médicamenteux, même si la prise en compte de l'environnement et de la famille est essentielle en psychogériatrie. Les antipsychotiques (Tableau 1) appartiennent à notre panoplie thérapeutique, pour le plus grand bien des malades âgés qui en ont besoin. À côté d'une éventuelle cause curable, ils ont une place dans le traitement des symptômes psychotiques (délire, hallucination, confusion, agitation...), dans les désordres psycho-comportementaux de la démence et dans le soulagement de la douleur morale attenante. Il est fréquent que des antipsychotiques interrompus chez les personnes âgées par crainte de la iatrogénie, ou parce que jugés inappropriés, soient réintroduits dans les mois qui suivent.

**La résistance des médecins** à la mise en route des thérapeutiques antipsychotiques est liée aux effets

secondaires de certains d'entre eux, surtout sur les terrains fragilisés, souvent poly-médicamentés, tels les effets anticholinergiques. Toujours est-il que leur usage reste sûr, dans la mesure où de fréquentes réévaluations de leur tolérance permettent un suivi fiable et que leur apport dans les dépressions hostiles est un atout pour qui connaît bien les molécules qu'il prescrit.

## > Agressivité et agitation : prendre en considération le contexte institutionnel et la problématique intime.

Les réactions de la personne âgée à l'environnement et de l'environnement face au trouble du comportement sont aussi importantes à prendre en compte que les actions médicamenteuses (Tableau 2 et 3). C'est ainsi que l'on peut individualiser des réactions hostiles ou certaines réactions disproportionnées répétitives comme les témoins d'une demande d'aide comportementale. Il faut maintenir, autant que possible, la personne âgée dans son cadre familial et réaliser des soins de *nursing* appropriés. La relation avec le malade doit être habillée de confiance et d'authenticité. Le non-respect de son identité sera perçu même s'il existe des troubles cognitifs.

L'agressivité est généralement souvent réactionnelle à un événement ressenti comme frustrant ou hostile, à un placement subit dans une maison de retraite, à un changement d'environnement, surtout chez le dément. Il est alors le reflet d'une perte de maîtrise de l'environnement. Les personnes âgées répriment trop souvent cette agressivité, ce qui les empêche de délimiter leur territoire et de défendre leur intimité. C'est pourquoi il n'est pas mauvais de rappeler ce >

> qu'explique Jean-Marie Léger : « L'agressivité du sujet âgé est pourchassée dans sa valeur adaptative : dans toute institution, l'individu qui émet un avis contraire et veut s'opposer à ce qui est communément admis, est considéré comme agressif et traité comme tel ». Le cadre institutionnel accordera également une place à l'hostilité des familles, souvent épuisées et mal à l'aise face à l'agressivité de l'un de leurs proches. La famille a besoin d'être aidée dans la mise en place des jalons pour baliser ce dernier cycle de la vie. Tel patient très dépendant à la maison l'est beaucoup moins dans le groupe à l'hôpital par exemple, ce qui peut susciter **des attaques du cadre** de la part de la famille qui se sent soit méprisée par son parent, soit jugée par l'institution, en tout état de cause toujours ambivalente face à notre curiosité (18). En dévalorisant le service ou les soins, la famille se défend de son envie de pouvoir faire "aussi bien". Les affects négatifs, les griefs sont souvent projetés dans l'espace institutionnel, lui-même source identificatoire positive lorsqu'ils sont accueillis et retravaillés avec mesure et prudence. Ces attitudes disqualifiantes renvoient la plupart du temps au mécanisme **d'identification projective**, mécanisme de défense qu'il est important de prendre en compte dans la dynamique thérapeutique (19), car elle permet

aux membres de la famille de déposer leur souffrance dans un lieu qui ne s'apparente pas à un néant ... de réponses, ou à un retour agressif et répressif. ■

## Références

- (1) Caron R. Comprendre la personne âgée. Gaëtan Morin Ed., Paris 2000:81.
- (2) Tribolet S. Précis de séméiologie des troubles psychiques. Heures de France, Paris 2000.
- (3) Jost BC, Grossberg GT. The evolution of psychiatric symptoms in *Alzheimer's disease* : a natural history study. *JAGS* 1996;44:1078-81.
- (4) Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther*. 1998;36(215-26).
- (5) Seligman ME, Weiss J, Weinraub M, Schulman A. Coping behavior: learned helplessness, physiological change and learned inactivity. *Behav Res Ther*. 1980;18:459-512.
- (6) Roberge RF. L'agitation chez la personne âgée. Approche diagnostique et thérapeutique. *Canadian Family Physician* 1996;42:2392-8.
- (7) Kunik ME, Graham DP, Snow-Turek AL. Contribution of cognitive impairment, depression, and psychosis to the outcome of agitated gerontopsychiatric inpatients with dementia. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:299-303.
- (8) Thomas P, Hazif-Thomas C. Family support and Alzheimer's disease patient. *Clinical Geriatrics* 1997;5(11):53-71.
- (9) Cohen-Mansfield J, Werner P, Marx MS. The social environment of the agitated nursing home resident. *Int Geriatr Psychiatry* 1992;7:789-98.
- (10) Thom R. Parables et catastrophes. Flammarion, Paris 1992.
- (11) Monfort JC. Agressivité du sujet âgé : Quand et comment la traiter. *Rev Prat* 1994;44(11):1426-30.
- (12) Hazif-Thomas C, Thomas P. Regard sur le trouble panique des personnes âgées. *La Revue de Gériatrie* 1998;23(6):507-16.
- (13) Mortimer JA, Ebbitt B, Jun SP, Finch MD. Predictors of cognitive and functional progression in patients with probable Alzheimer's disease. *Neurology* 1992;42(9):1689-96.
- (14) Brodaty H, Griffin D, Hadzi-Pavlovic D. A survey of dementia carers: doctors' communications, problem behaviours and institutional care. *Aust N Z J Psychiatry* 1990;24(3):362-370.
- (15) Gosselin O, Ribeyre JM, Kahn JP. Les nouveaux antipsychotiques : analyse critique de la littérature. *Annales médicales de Nancy et de l'Est* 1997;28:209-212.
- (16) Meltzer H. The role of serotonin in schizophrenia and the place of serotonin-dopamine antagonist antipsychotics. *J Clin Psychopharmacol* 1995;15(1 Suppl 1):S2-S3.
- (17) Richard D, Senon JL, Azarias P. Les molécules atypiques. *Le Moniteur Hospitalier* 1997;100:4-14.
- (18) Minard M. De la curiosité en Psychiatrie. Eres éditeur, Ste Agne, 1995.
- (19) Bion WR. Aux sources de l'expérience. P.U.F., Paris 1991.

## INFORMATION

Le groupe Initiative Pneumo organise une campagne de vaccination pneumococcique gratuite destinée aux personnes âgées vivant en institution (Soins de Longue Durée, Maison de Retraite, EHPAD).

Les médecins qui souhaiteraient faire profiter les résidents de leur établissement de cette opportunité peuvent contacter le Dr TAMIN

par courrier : bâtiment Hamburger, Hôpital R. Muret, 93270 Sevran,  
par fax : 01 41 52 57 42.

ou par e-mail : vaccination.pneumo@rmb.ap-hop-paris.fr  
en indiquant leurs coordonnées (nom, prénom, adresse postale complète, tel et fax)  
et nom et adresse de leur établissement.