

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LA SCHIZOPHRÉNIE À DÉBUT TRÈS TARDIF ET SES PARTICULARITÉS :
SYMPTOMATOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
CAMILLE HOUDE**

JANVIER 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Charles Viau-Quesnel

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Prénom et nom

directeur ou codirecteur de recherche

Prénom et nom

Évaluateur

Prénom et nom

Évaluateur

Sommaire

Cette recension des écrits examine la symptomatologie particulière de la schizophrénie à début très tardif ainsi que les facteurs de risque qui sont associés à son développement chez les aînés âgés de 60 ans et plus. Les 26 études retenues sur le sujet sont unanimes quant à la présence de symptômes positifs, considérés comme prédominants dans la symptomatologie. De plus, une prépondérance chez les aînés de sexe féminin ainsi qu'une présence accrue de la maladie chez les migrants ressortent comme étant des facteurs de risque importants. Toutefois, les études présentent des résultats divergents quant à la présence de trouble de la pensée, des symptômes négatifs et des symptômes cognitifs. L'hérédité, la déficience sensorielle ainsi que les facteurs de risque psychosociaux sont également peu étudiés, ce qui rend difficile la généralisation des résultats dans la population générale. En somme, les multiples résultats hétérogènes mettent en évidence l'importance d'investiguer davantage sur le sujet pour arriver à un portrait plus clair de la schizophrénie à début très tardif chez les aînés. Ces études sont essentielles pour offrir aux différents professionnels une nosologie plus claire et compréhensible de la schizophrénie à début très tardif.

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements	vi
Introduction	1
Cadre conceptuel	3
Schizophrénie à début très tardif	3
Méthode	5
Critères d'inclusion	5
Critères d'exclusion	5
Recherche documentaire	6
Extraction des données	6
Résultats	8
Résultat du processus de recension et description des études retenues	8
Synthèse des résultats obtenus dans les articles retenus	10
Les facteurs de risque	10
L'âge et le sexe	10
L'hérédité	10
Les déficits sensoriels	11
Les ethnies et l'immigration	11
Les facteurs socio-économiques	12
La symptomatologie	13
Les symptômes positifs	13
Les idées délirantes	14
Les hallucinations	15
Les symptômes négatifs	16
Les symptômes cognitifs	16
Discussion	19

Les facteurs de risque	19
Le sexe	19
Les ethnies et l'immigration	19
L'hérédité	20
Les déficits sensoriels	21
Les facteurs psychosociaux.....	21
La symptomatologie	22
Les symptômes positifs	22
Les symptômes négatifs	23
Les symptômes cognitifs.....	24
Les limites	24
Les retombées psychoéducatives	26
Conclusion.....	28
Références	29
Appendice A. Les critères diagnostics de la schizophrénie	37
Appendice B. Tableaux des résultats	39
Appendice C. Figure 1: La méthodologie de recherche.....	57
Appendice D. Lexique.....	58
Appendice E. Études de cas	61

Remerciements

La réalisation de cet essai fut possible grâce à l'aide et à l'appui de plusieurs personnes, à qui j'aimerais témoigner toute ma gratitude.

Tout d'abord, j'aimerais remercier chaleureusement Monsieur Charles Viau-Quesnel, pour sa disponibilité, son écoute, ses précieux conseils et sa patience à mon égard. Sans son aide, je n'aurais pu mettre à terme ce projet dans les délais voulus. Merci mille fois.

J'aimerais prendre le temps de remercier Mme Marjorie Bilodeau, bibliothécaire à l'UQTR, pour son aide importante dans la recension des écrits de ce présent essai. Merci, Mme Bilodeau, pour votre efficacité et vos recommandations, ce fut fort pertinent et apprécié.

J'aimerais finalement remercier mon précieux entourage, famille et amis, qui m'a apporté du support tout au long de ce processus d'écriture. Merci pour vos encouragements et vos bons mots, vous m'avez donné l'énergie nécessaire pour accomplir ce projet avec détermination.

Introduction

L'identification des symptômes psychotiques chez la personne âgée est un défi clinique d'envergure et l'orientation des soins dépendra en grande partie sur la cause de ces difficultés. Les causes de psychoses chez les personnes âgées sont nombreuses et peuvent être métaboliques, pharmacologiques ou psychiatriques (Reeves et Brister, 2008 ; Trachsel et Von Gunten, 2011). Parmi celles psychiatriques, il est relevé que jusqu'à 3 % des schizophrénies débutent à l'âge de 60 ans et plus (Reeves et Brister, 2008).

En 1919, Kraepelin affirme qu'il peut y avoir des différences distinctes dans la maladie, selon l'âge du début des symptômes psychotiques. Les termes «*démence précoce*» et «*paraphrénie*» étaient alors utilisés chez les aînés de 60 ans et plus. Les études ont continué au fil du temps avec Manfred Bleuler, qui prit en 1943 l'initiative d'étudier la schizophrénie chez les gens âgés de 40 ans et plus (Howard *et al.* 2000). Il démontra que 15 % des 126 patients étudiés avaient développé une schizophrénie après l'âge de 60 ans (Reeves et Brister, 2008). En 2000, un consortium de recherche international (*International Late-Onset Schizophrenia Group*) a conclu que les schizophrénies à début tardif et très tardif étaient des entités cliniques distinctes et scientifiquement valides. La schizophrénie à début tardif et très tardif est distinguée par l'âge de survenue du premier épisode psychotique : 40 ans pour l'apparition tardive et 60 ans pour l'apparition très tardive (Howard *et al.*, 2000).

Malgré ce consensus, très peu de littérature est disponible sur la schizophrénie à début tardif, très tardif, ou tout simplement sur la schizophrénie chez les sujets âgés, appelée la schizophrénie vieillissante. Selon Cohen *et al.* (2015), un maigre 1 % de la littérature sur la schizophrénie est dédiée aux aînés, contrairement à un nombre élevé d'aînés vivant avec un trouble psychotique. Ces mêmes auteurs ajoutent que la population de cette tranche d'âge est grandissante dans notre société. Une prévalence de 0,6 % de la population âgée a un diagnostic de schizophrénie, et 3 % d'entre eux ont une schizophrénie de type très tardive (Jeste *et al.*, 2009). L'incidence augmente plus l'âge des aînés augmente à son tour (Van Os *et al.*, 1995 ; Mitter *et al.*,

2005 ; Perdersen *et al.*, 2014). L'étude de Van Os *et al.* (1995) ajoute que dès l'âge de 60 ans, l'incidence augmente de 11 % pour chaque tranche d'âge supplémentaire de 5 ans.

La schizophrénie à début très tardif est encore à ce jour un sujet controversé quant à son statut nosologique (Trachsel et Von Gunten, 2011), pour lequel il demeure difficile d'établir un seuil d'âge précis (Yan *et al.*, 2021). Seul le DSM-III a inclus les spécificités d'âge tardif et très tardif pour la schizophrénie (Reeves et Brister, 2008). Selon plusieurs auteurs, peu de littérature quant aux manifestations de la schizophrénie très tardive et de sa terminologie est disponible (Howard *et al.*, 2000 ; Kay et Roth, 1961 ; Riecher-Rossler *et al.*, 1997). Le prodrome des troubles neurocognitifs est souvent caractérisé par la présence de symptômes psychotiques chez les aînés. Le chevauchement entre la phénoménologie des troubles neurocognitifs et de la schizophrénie à début très tardif rend le diagnostic clinique difficile à établir pour les cliniciens (Van Assche *et al.*, 2019) et complique la prise en charge du trouble psychotique chez les aînés (Girard et Simard, 2008).

L'objectif de cet essai est de faire une recension des écrits scientifiques permettant d'analyser les principales caractéristiques nosologiques de la schizophrénie à début très tardif chez les aînés âgés de 60 ans et plus. Le but est d'offrir au lecteur une meilleure compréhension clinique et psychosociale de la maladie. De plus, une bonne identification des facteurs de risque favorisera les efforts de prévention et de dépistage de la maladie, en plus d'offrir une approche plus adaptée à cette clientèle.

Cadre conceptuel

La schizophrénie à début très tardif

La schizophrénie vieillissante est caractérisée par les aînés présentant une schizophrénie depuis le début de l'âge adulte (Trachsel et Von Gunten, 2011). La schizophrénie à début tardif est pour sa part caractérisée par les individus développant une schizophrénie après l'âge de 40 ans (Howard *et al.*, 2000). Le présent essai s'adresse spécifiquement à la schizophrénie à début très tardif, définie par les individus développant des symptômes schizophréniques à l'âge de 60 ans et plus (Howard *et al.*, 2000) et recense les facteurs de risque ainsi que la présentation clinique spécifique à cette clientèle.

Selon certains auteurs, la schizophrénie à début très tardif est due à un processus neurodégénératif et non neurodéveloppemental. L'étiologie pourrait s'expliquer par des affectations médicales, telles que la présence de tumeurs ou un accident vasculaire cérébral (Reeves et Brister, 2008). Des particularités ont aussi été relevées au niveau de la structure du cerveau. Par exemple, Barak *et al.* (2002) révèlent la présence d'atrophie cérébrale chez ceux ayant une schizophrénie à début très tardif. L'étiologie peut également être expliquée par des facteurs individuels, sociaux ou environnementaux. Ces facteurs seront spécifiquement élaborés dans la section *Facteurs de risque* du présent essai.

Des critères spécifiques doivent être présents pour que la personne puisse recevoir un diagnostic de schizophrénie très tardive (Reeves *et al.*, 2002 ; Cort *et al.*, 2018). Cette dernière n'est pas un diagnostic distinct de la schizophrénie, mais plutôt une construction catégorielle pour distinguer les aînés développant la maladie à l'âge de 60 ans et plus (Belbeze et Gallarda, 2020). Les critères diagnostics reposent donc sur les mêmes que ceux de la schizophrénie, à l'exception que les symptômes doivent débiter de façon très tardive. Selon Tandon *et al.*, (2008), il est possible d'établir un diagnostic de schizophrénie lorsqu'il y a présence de symptômes positifs de la maladie et que le fonctionnement social de la personne est altéré à différents niveaux. Le lecteur est invité à aller consulter l'Appendice A pour lire les critères diagnostics de la schizophrénie établis par le

DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015). De façon générale, la schizophrénie est caractérisée par différentes catégories de symptômes, telles que des symptômes positifs, négatifs, de la désorganisation, des symptômes au niveau moteur et cognitif, ainsi que de symptômes au niveau de l'humeur de la personne (Tandon *et al.*, 2008).

Les symptômes positifs peuvent prendre différentes formes. Wallot (2017) caractérise les symptômes positifs par la présence d'hallucination, d'hyperactivité, d'hypervigilance, de labilité émotionnelle, de grandiosité, de méfiance ou d'hostilité. Il y a aussi la présence de symptômes négatifs, qui peuvent aussi se présenter sous différentes formes, tels qu'avoir un affect plat, le retrait émotionnel, le retrait social, le pauvre rapport avec les autres personnes, la difficulté avec la pensée arbitraire, la perte de conversation spontanée ainsi que la pensée stéréotypée. Ces symptômes se manifestent souvent de façon prémorbide, avant l'arrivée des autres symptômes. Ils peuvent se manifester de différentes façons dans la vie de la personne, telles que par la présence d'un quotient intellectuel inférieur, par moins d'intérêt au travail ainsi que par une moins grande possibilité que la personne soit mariée (Wallot, 2017).

Selon certains auteurs, la schizophrénie peut entraîner des déficits cognitifs qui seront décrits comme étant des déficits généralisés chez la personne (Lencz *et al.*, 2006 ; Dickinson *et al.*, 2008). Les défis cognitifs observés peuvent se présenter sous forme de difficultés au niveau de la mémoire épisodique (Aleman *et al.*, 1999 ; Achim et Lepage, 2005 ; Ranganath *et al.*, 2008), de la vitesse de traitement de l'information (Dickinson *et al.*, 2007), de l'attention (Orzack et Kornetsky, 1966 ; Fioravanti *et al.*, 2005), des fonctions exécutives ou de la mémoire de travail (Laws, 1999 ; Lee et Park, 2005 ; Reichenberg et Harvey, 2007 ; Barch et Smith, 2008). Ces difficultés persisteraient tout au long de l'évolution de la maladie (Rund, 1998 ; Hoff *et al.*, 2005). Au niveau de la pensée, les auteurs parlent de trouble de la pensée formelle lorsqu'il y a dissociation de la pensée logique dite normale, et que la structure de la pensée prend une direction différente du sujet voulu (Tandon *et al.*, 2008). Cette dissociation peut prendre la forme d'une pauvreté du contenu, de salade de mots, d'incohérence, de déraillement et de néologisme (Tandon *et al.*, 2008).

Comme mentionné précédemment, la schizophrénie à début très tardif repose sur les mêmes critères diagnostiques que la schizophrénie typique. Il est important de considérer que la présentation clinique et le diagnostic différentiel auront des spécificités propres à une population plus âgée. Cette interaction entre âge et symptomatologie psychiatrique offre un défi clinique spécifique et important à considérer, par exemple en vue de faciliter le dépistage et orienter les interventions. Le présent essai vise à analyser les principales distinctions nosologiques et caractéristiques liées à la symptomatologie et aux facteurs de risque de la schizophrénie à début très tardif. L'identification de ces caractéristiques permettra aux professionnels d'avoir une meilleure lecture clinique et psychosociale de cette construction catégorielle.

Méthode

Afin de répondre à la question de recherche mentionnées plus haut, le présent essai repose sur une démarche de recension systématique et de synthèse des connaissances. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été sélectionnés pour circonscrire l'information disponible à la question de recherche de cet essai.

Critères d'inclusion

Cet article vise spécifiquement les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie à début très tardif. Pour être cohérent avec le consortium de recherche international sur le sujet (Howard *et al.*, 2000), toute personne qui a reçu un diagnostic de schizophrénie à un âge supérieur ou égal à 60 ans est incluse dans cet essai. La validité du terme «schizophrénie à début très tardif» fut déterminée lors de cette même conférence internationale (Howard *et al.*, 2000). Ainsi, seuls les articles datant de 2000 à 2022 ont été sélectionnés et recensés dans cet essai. Seuls les articles écrits ou traduits dans la langue française et anglaise ont été inclus. Certains articles abordent d'autres troubles psychotiques dans leurs articles. Ceux-ci ont été conservés, mais seules les informations relatives à la schizophrénie très tardive ont été incluses dans l'essai.

Critères d'exclusion

Plusieurs experts tendent encore aujourd'hui à associer ou à confondre les tableaux cliniques de la schizophrénie à début très tardif à ceux des troubles neurodégénératifs (Yang *et al.*, 2021). Tous les échantillons où les patients présentaient un trouble neurodégénératif (p. ex., : démence à corps de Lewy, Alzheimer, etc.) ont été exclus. Les groupes comparatifs des différents échantillons devaient séparer la schizophrénie à début très tardif des autres troubles psychotiques et des autres catégories différentielles (tardive et vieillissante). Les articles qui ne présentaient pas un échantillon distinct d'individus ayant une schizophrénie à début très tardif étaient exclus. Finalement, les articles se devaient d'être disponibles dans les bibliothèques à travers le Québec. Les articles qui étaient non disponibles ont été exclus de la recension.

Recherche documentaire

La recension des écrits dans les bases de données a été effectuée le 12 octobre 2021. Suite à une rencontre avec la bibliothécaire de l'UQTR, Mme Marjorie Bilodeau, il fut déterminé que les banques de données les plus pertinentes pour l'écriture de cet essai étaient PsycINFO ainsi que MEDLINE. Cette dernière est pertinente, puisqu'elle se spécialise dans les domaines médicaux et que la schizophrénie est un diagnostic de santé mentale investigué par les experts médicaux. Suivant une méthode de type « boule de neige », quelques articles supplémentaires ont aussi été ajoutés suite à la lecture des articles issus des banques de données.

Les mots clés suivants ont été utilisés pour les deux banques de données sélectionnées : AB (Schizophreni* OR “paranoid disorder*” OR “psychotic disorder*”) AND (“Very late onset” OR “very-late-onset” OR “delayed onset”) AND (“risk factor*” OR “contributing factor*” OR “predisposing factor*” OR predictor* OR cause* OR “vulnerability factor*”) OR (epidemiology OR incidence* OR prevalence* OR occurrence*) OR (symptom* OR sign* OR characteristic* OR presentation* OR symptomatology). Les sites *Web Termium Plus* et *Hetop* ont été consultés afin de vérifier la présence de synonymes à inclure dans les mots clés. Les propositions citées par les banques de données elles-mêmes ont aussi été considérées dans le choix des mots clés finaux. Le champ facultatif « AB Résumé » fut sélectionné pour chacun des concepts recherchés. Le but de cet ajout était de circonscrire davantage les articles à ceux portant principalement à la schizophrénie à début très tardif et aux variables étudiées dans cet essai.

Extraction des données

Différents types d'articles se retrouvent dans cet essai, soient principalement des revues narratives, des revues systématiques et des études scientifiques. Le lecteur est invité à aller consulter les Tableaux B1 et B2 de l'Appendice B pour lire les caractéristiques méthodologiques de chacun des articles. Pour chacun d'entre eux, les caractéristiques de l'échantillon ont été décrites, l'objectif de l'article a été spécifié et les résultats ont été détaillés de façon explicite. Le contenu de la section « échantillon » diffère en fonction du type d'ouvrage. Pour les revues systématiques, le nombre d'ouvrages recensés dans la recension a été spécifié. Dans le cas de la

revue narrative, cette même information était rarement disponible et aucun échantillon n'était présenté. L'acronyme du terme « non-applicable (N/A) » était alors inscrit. Pour les études scientifiques, le nombre total de répondants ayant participé à l'étude ainsi qu'une brève description de leur situation de santé (diagnostics de santé mentale ou aînés en santé) ont été colligés. Pour chacun des articles, l'objectif principal était inscrit pour aider le lecteur à saisir la visée de l'article ainsi que pour mieux comprendre la pertinence des résultats décrits.

Enfin, les variables étudiées de chacun des articles différaient parfois de la question de recherche et incluaient des variables non pertinentes à relever. Seuls les résultats directement liés aux champs étudiés et pertinents pour la question de recherche ont été décrits et expliqués dans le tableau des résultats. En raison de la grande présence de revues narratives et systématiques et du faible nombre d'articles utilisant des outils standardisés, cette donnée a été exclue des résultats.

Résultats

Résultat du processus de recension et description des études retenues

La stratégie documentaire incluait l'utilisation des « suffixes » AND et OR entre les différents concepts, ainsi que l'utilisation du champ facultatif « Résumé » pour chacune des variables étudiées dans la question de recherche. Ceci a permis d'identifier 84 articles dans le logiciel PsycINFO, et 86 articles dans MEDLINE, lorsque les spécificités étaient précisées (article datant de 2000 à 2022, langue française ou anglaise), pour un total de 170 articles sur le sujet. Il est constaté que la majorité des articles des deux banques de données sont similaires. Le logiciel *Endnote* fut utilisé pour identifier les doublons et aider à l'identification des articles à exclure. En retirant les doublons et en excluant les textes qui étaient non disponibles, non pertinents ou qui traitaient d'un autre type de schizophrénie (tardive ou vieillissante), 22 textes ont été retenus pour répondre à la question de recherche du présent essai. Il fut statué de conserver les études ne traitant pas uniquement de la schizophrénie à début très tardif. Il fut plutôt choisi de considérer uniquement les informations traitant de la schizophrénie à début très tardif, et d'omettre les autres informations incluses dans ces études. Quatre articles supplémentaires furent ajoutés à la recension des écrits, dont deux provenant de la revue systématique de Suen *et al.* (2019). Le lecteur est invité à consulter la Figure 1 à l'Appendice C de l'essai, qui illustre la méthodologie de recherche.

Pour les 26 articles retenus, 16 sont des articles de recherches, six sont des articles de synthèses et quatre sont des revues systématiques, faisant la synthèse des informations existantes sur l'une des variables étudiées dans le présent essai.

Pour tous les articles, l'âge des participants était de 60 ans et plus. Plus précisément, l'âge défini était de 60 ans et plus dans 11 des 26 articles. Pour quatre autres articles, l'âge minimal requis était de 65 ans (Girard et Simard, 2008 ; Mitter *et al.*, 2004 ; Reeves *et al.*, 2001 ; Tan et Seng, 2021) tandis que dans Mazeh *et al.* (2005), l'âge requis pour participer à l'étude était plutôt de 70 ans. Les caractéristiques des échantillons sont diverses pour la symptomatologie. Deux des articles comparent la schizophrénie à début très tardif à un groupe contrôle composé d'ainés sans

problématique de santé mentale (McCullosh *et al.*, 2006 ; Moore *et al.*, 2006). Les autres études scientifiques traitant de la symptomatologie de la schizophrénie à début très tardif comparaient un groupe d'ânés présentant ce diagnostic, à un autre diagnostic de santé mentale. Les groupes comparatifs présentaient soit une schizophrénie vieillissante ou tardive, un trouble bipolaire, un trouble délirant, ou un trouble neurocognitif. Le lecteur est invité à aller voir la colonne « échantillon » des Tableaux B1 et B2 à l'Appendice B.

Pour ce qui est des articles scientifiques portant sur les facteurs de risque, les articles étaient de type épidémiologique. Ces articles utilisaient donc souvent un échantillon volumineux dans lequel ceux ayant une schizophrénie à début très tardif étaient comparés au reste de la population quant à plusieurs variables, telles que l'ethnie, le sexe et la situation sociodémographique (Mitter *et al.*, 2004 ; Reeves *et al.*, 2001 ; Reeves *et al.*, 2002 ; Stafford *et al.*, 2019).

Les pays dans lesquels les études ont été conduites sont variés. Les études portant sur les facteurs de risque liés à l'immigration ont été conduites dans les mêmes pays par quelques chercheurs semblables venant de l'Angleterre. Les auteurs, tels que Robert Howard, Robert Steward et Suzanne J. Reeves ont collaboré à plusieurs de ces articles. Trois des quatre études portant sur l'impact du facteur de migration sur la schizophrénie à début très tardif ont été conduites en Angleterre, plus précisément à Londres (Reeves *et al.*, 2001 ; Reeves *et al.*, 2002 ; Mitter *et al.*, 2004). Le quatrième article a, pour sa part, été conduit en Suisse. Le portrait est par contre différent pour la variable de la symptomatologie, pour laquelle les auteurs et les pays de provenance sont hétérogènes. Les études ont soit été conduites au Canada (Québec), en Angleterre, aux Pays-Bas, en Turquie, à Israël, en Belgique ou à Singapour.

Les Tableaux B1 et B2 à l'Appendice B résument les résultats de chacun des articles consultés. Ce tableau a pour utilité de présenter de façon accomplie les facteurs de risque et la symptomatologie de la schizophrénie à début très tardif. Le lecteur est aussi invité à consulter l'Appendice D de cet essai, qui consiste en un lexique décrivant de façon vulgarisée la nature des symptômes et des caractéristiques présentés dans la section *Résultats*.

Synthèse des résultats obtenus dans les articles retenus

Les facteurs de risque

L'âge et le sexe. La méta-analyse de Stafford *et al.* (2018) regroupe 41 articles sur les troubles psychotiques chez le sujet âgé. Cet article affirme que selon trois de ces études, l'incidence devient plus élevée avec l'âge (Van Os *et al.*, 1995 ; Mitter *et al.*, 2005 ; Pedersen *et al.*, 2014). Les articles présentent des résultats homogènes quant à l'impact du sexe sur la prévalence des gens ayant une schizophrénie à début très tardif. La prépondérance de femmes est considérablement plus élevée que chez les hommes chez les sujets présentant une schizophrénie à début très tardive (Cort *et al.*, 2018 ; Howard *et al.*, 2000 ; Howard et Reeves, 2003). Les articles scientifiques sont cohérents avec les articles narratifs. L'incidence de femmes était significativement plus élevée dans les échantillons utilisés dans les articles de Mitter *et al.* (2004), Reeves *et al.* (2002), Stafford *et al.* (2019) et Tan et Seng (2012). C'est plus de 80 % de l'échantillon de l'article de Tan et Seng (2012) qui est constitué de femmes, et 75 % dans l'article de Reeves *et al.* (2002). Les revues systématiques de Suen *et al.* (2019) et de Stafford *et al.* (2018) confirment une différence significative de l'incidence de la maladie selon le sexe. La revue systématique de Stafford *et al.* (2018) affirme qu'au total, 41 estimations provenant de 8 articles distincts sont cohérentes avec cette différence au niveau du sexe. Ces articles confirment une prépondérance supérieure de femmes ayant une schizophrénie à début très tardif. L'étude de Reeves *et al.* (2002) rapporte que les hommes sont plus enclins à venir de façon forcée à l'hôpital et à ne pas continuer les suivis à l'externe. Les autres aspects, tels que l'âge du début de la maladie et sa durée, l'éducation, la symptomatologie et le nombre d'admissions à l'hôpital sont semblables pour les deux sexes. Le ratio d'hommes immigrants est plus élevé que chez les femmes immigrantes. Le ratio demeure supérieur chez les femmes dans la population non immigrante (Mitter *et al.*, 2004 ; Mitter *et al.*, 2005).

L'hérédité. Aucun article scientifique ne portait directement sur l'impact de l'hérédité sur l'apparition de la schizophrénie à début très tardif, outre l'étude épidémiologique de Stafford *et al.* (2019). Cette étude suisse affirme que ceux ayant des enfants avec un historique médical de trouble

psychotique seraient deux fois plus à risque de développer une schizophrénie lorsqu'âgés de 60 ans et plus (Stafford *et al.*, 2019). Outre cette étude, les revues narratives affirment que l'hérédité a un impact moins important que chez ceux ayant développé la maladie au début de l'âge adulte (Howard *et al.*, 2000 ; Howard et Reeves, 2003 ; Reeves et Brister, 2008 ; Cort *et al.*, 2018).

Les déficits sensoriels. Les revues narratives de Cort *et al.* (2018), Howard et Reeves (2003) et Howard *et al.* (2000) présentent des informations similaires en affirmant que les déficits sensoriels sont souvent présents chez les aînés présentant une schizophrénie à début très tardif. Aucun lien causal direct n'aurait jamais été établi entre la présence de déficits sensoriels et la schizophrénie à début très tardif (Cort *et al.*, 2018). Toujours selon l'article narratif de Cort *et al.* (2018), ne pas reconnaître la présence d'un déficit sensoriel, ou ne pas le corriger pourrait faire partie des symptômes du prodrome de la maladie. Howard *et al.* (2000) affirment que les déficits sensoriels, surtout la surdité de longue date, seraient davantage présents chez le type très tardif de la maladie. La présence de déficits sensoriels pourrait être expliquée par la réticence des aînés ayant une problématique de santé mentale à utiliser les services du système de la santé (Kay et Roth, 1961 ; Post, 1966; Cooper, 1976 ; Cooper et Curry ; 1976). Les conclusions de l'étude épidémiologique de Stafford *et al.* (2019) diffèrent de ce que ces revues narratives et scientifiques nous indiquent. Cette étude indique que les individus ayant une déficience visuelle ou auditive étaient en moins grande présence dans la population atteinte de schizophrénie à début très tardif, comparativement au restant de la population âgée.

Les facteurs socio-économiques. Selon l'article narratif de Howard et Reeves (2003), les aspects éducationnels, occupationnels et psychosociaux sont moins associés à l'association de la schizophrénie à début très tardif, comparativement à ceux ayant un début plus hâtif de la maladie (Jeste *et al.*, 1995 ; Castle *et al.*, 1997). Au niveau socio-économique, seule l'étude épidémiologique de Stafford *et al.* (2019) a étudié l'impact du revenu financier de la personne sur le risque de développer la maladie. Les aînés ayant un faible revenu étaient significativement associés à un plus grand risque de développer une schizophrénie à début très tardif. Le risque était trois fois plus élevé chez ceux se trouvant dans le quadrant des revenus les plus maigres. L'étude conclut

que moins le revenu financier est grand, plus le risque de développer une schizophrénie à début très tardif est élevé (Stafford *et al.*, 2019).

Une seule étude a abordé en détail l'impact des perceptions et des croyances des aînées ainsi que des expériences négatives pouvant être vécues par ces derniers. L'étude de Giblin *et al.* (2004) compare des éléments psychosociaux, tels que la présence d'événements négatifs vécus par le passé, les schémas mésadaptés ainsi que l'attitude ou la perception des aînés quant au vieillissement. Cette étude révèle que ceux ayant une schizophrénie à début très tardif sont plus nombreux à avoir vécu des expériences discriminantes, à avoir eu des relations sociales fragiles, et avoir vécu la perte d'un être cher (décès d'un parent durant l'enfance, décès d'un ami ou d'un membre de la fratrie durant l'enfance, décès d'un membre de la fratrie, décès de son propre enfant). L'étude épidémiologie de Stafford *et al.* (2019) indique que les individus ayant une schizophrénie à début très tardif étaient plus nombreux à ne pas avoir de conjoint ni d'enfant. Une plus grande proportion avait aussi expérimenté la mort d'un proche, soit du conjoint ou d'un de leurs enfants en bas âge. Cort *et al.* (2018) affirment qu'il y a une moins grande association entre la maladie apparaissant de façon très tardive et les traumatismes vécus durant l'enfance. La revue narrative de Reeves et Brister (2008) rapporte des informations semblables en ajoutant que la prépondérance de personnes ayant vécus des traumatismes ou difficultés durant l'enfance est moins élevée que chez ceux ayant une schizophrénie à début plus hâtif de la maladie.

Giblin *et al.* (2004) révèlent qu'une plus grande prévalence d'individus ayant une schizophrénie à début très tardif vit de l'insatisfaction solitaire, soit le fait d'être insatisfait d'être seul, ou de se sentir seul. De plus, l'attitude par rapport au vieillissement est davantage négative. L'étude de Giblin *et al.* (2004) relève également que ceux présentant une schizophrénie très tardive présentent plus de caractéristiques indiquant la présence de schémas inadaptes.

Les ethnies et l'immigration. Quatre études épidémiologiques se sont intéressées à l'incidence de la schizophrénie à début très tardif chez les immigrants (Mitter *et al.* 2004 ; Mitter *et al.*, 2005 ; Reeves *et al.*, 2001; Reeves *et al.*, 2002). La population immigrante était comparée à

la population originaire du même pays. Les études présentent des résultats homogènes et révèlent que les immigrants sont plus nombreux à développer une schizophrénie après l'âge de 60 ans.

L'étude de Reeves *et al.* (2001) révèle un ratio significativement plus élevé chez les immigrants masculins africains et caribéens comparativement aux Britanniques (172 cas par cent mille personnes versus 7 cas). Chez les femmes, la différence est aussi notable, avec 324 cas par cent mille personnes, comparativement à 25 cas chez les Britanniques de sexe féminin. Dans l'article de Reeves *et al.* (2002), l'objectif était plutôt d'examiner le lien entre le sexe et l'ethnie, par rapport à leurs contacts avec les services de la santé et la psychopathologie. Sur un total de 54 patients ayant une schizophrénie à début très tardif, 32 patients étaient immigrants des Caraïbes ou de l'Afrique. L'étude épidémiologique de Stafford *et al.* (2019) indique que les immigrants de l'Europe, de l'Amérique du Nord et de l'Afrique sont davantage à risque de développer une schizophrénie à début très tardif. Les Africains étaient deux fois plus nombreux que les Suisses à développer cette maladie.

La symptomatologie

Le lecteur est invité à aller consulter l'Appendice E, décrivant deux études de cas, pour avoir une idée plus concrète de la symptomatologie pouvant se présenter chez les aînées de 60 ans et plus présentant pour la première fois des symptômes psychotiques.

Les symptômes positifs. Les symptômes de la schizophrénie à début très tardif présentent des manifestations cliniques se différenciant des autres types de troubles psychotiques (Suen *et al.* (2019) ou des troubles neurodégénératifs, auxquels le diagnostic est parfois confondu (Van Assche *et al.* 2019). La revue narrative de Cort *et al.* (2018) caractérise la symptomatologie de la schizophrénie à début très tardif comme étant un processus en deux étapes. En premier lieu, la personne expérimente des symptômes plus légers, tels que de l'irritabilité, de la suspicion et la présence d'idées de références. Ces symptômes s'accroissent ensuite en hallucinations auditives et visuelles et en une interprétation faussée des événements de la vie (Zarit et Zarit, 2012). Les individus ayant une schizophrénie très tardive présenteraient des symptômes positifs plus sévères

que chez ceux ayant une schizophrénie à début plus hâtif (typique ou tardif) (Hanssen et al., 2005). Tan et Seng (2012) présentent des faits semblables : ceux ayant un début très tardif de la maladie présentent une intensité plus importante de symptômes positifs que ceux ayant un début tardif de la maladie.

Les idées délirantes. Selon la revue systématique de Belbeze *et al.* (2020), la présence d'idées délirantes est l'élément central manifesté chez ceux présentant une schizophrénie très tardive et serait présente dans la majorité des cas (Belbeze *et al.*, 2020 ; Van Assche *et al.*, 2019). Ces idées seraient reliées à de vraies expériences vécues par les aînés, et auraient un lien avec les hallucinations présentées également (Van Assche *et al.*, 2019). Dans 36 % des cas, les voisins seraient inclus dans les idées délirantes de l'aîné (Tan et Seng, 2012).

Selon Alici-Evcimen *et al.* (2003), Girard et Simard (2008 et 2012), Tan et Seng (2012) et Van Assche *et al.*, (2019), les idées de persécution sont le type d'idées délirantes les plus fréquemment présentées chez ceux ayant une schizophrénie à début très tardif. La majorité de leurs échantillons présentaient ce type d'idées délirantes. Cette donnée est cohérente avec l'article de Trachsel et Von Gunten (2011), qui indique que la symptomatologie est plutôt de type paranoïde chez ceux ayant une schizophrénie à début très tardif. L'étude de Girard et Simard (2012) relève également la présence d'idées de référence chez la majorité des gens ayant ce diagnostic. La femme présentée dans l'étude de cas de Son et Kee (2011) présentait également des idées de persécution et de référence. Celle-ci avait développé l'idée que son voisin allait lui voler sa maison, que des caméras la filmaient dans sa maison et que ses voisins allaient la tuer dans son sommeil (Son et Kee (2011)). Outre la présence d'idées de persécution, l'étude de Girard et Simard (2012) indique la présence d'idées de grandeur, d'idées mystiques ou religieuses, idées délirantes d'influence et de diffusion de la pensée dans plus de la moitié des aînés ayant une schizophrénie à début très tardif.

Certains patients présentaient également des idées de partition. Howard et al. (1992) affirment que la présence d'idées de partition est une caractéristique particulière de la

schizophrénie à début très tardif. Dans l'échantillon de Van Assche et al. (2019), 37 % d'entre eux présentaient des idées de partitions, taux supérieur lorsque comparé à d'autres diagnostics de santé mentale. Tan et Seng (2012) révèle que 9,2 % des individus de son échantillon ayant une schizophrénie à début très tardif présentaient des idées de partition.

Certains types de délires se retrouvant dans la symptomatologie de la schizophrénie sont pour leur part absents dans le cas de la schizophrénie à début très tardif. L'étude de Girard et Simard (2008) affirme que les idées délirantes de culpabilité, de jalousie et les idées mystiques sont très peu fréquentes, tandis qu'en plus du délire de culpabilité et des idées mystiques, Alici-Evcimen *et al.*, (2003) affirment que les idées de grandeur et les idées érotomaniaques étaient absentes chez ceux présentant une schizophrénie à début tardif.

Les hallucinations. Les hallucinations sont également un symptôme qui serait davantage présent chez ceux présentant une schizophrénie à début très tardif, comparativement aux autres types de schizophrénie (Howard *et al.*, 2000). Rodriguez-Ferrera *et al.* (2004) révèle, pour sa part, que la différence entre les types de schizophrénie est non significative quant à la présence d'hallucinations.

La revue narrative de Howard et Reeves (2003) affirme que ceux ayant un début de la maladie plus tardif (40 ans et plus) seraient plus enclins à expérimenter des hallucinations visuelles, tactiles ou olfactives (Pearlson *et al.*, 1989). Les études comparatives démontrent des résultats différents. Les études de Girard et Simard (2008 et 2012), Van Assche *et al.* (2019) et de Tan et Seng (2012) relèvent que les hallucinations auditives sont présentes chez la majorité des gens présentant une schizophrénie à début très tardif. Les hallucinations auditives et visuelles sont les plus communes de tous les types d'hallucinations présentés chez ceux ayant une schizophrénie à début très tardif (Girard et Simard, 2008 ; Van Assche *et al.*, 2019 ; Tan et Seng, 2012). L'étude de Van Assche *et al.* (2019) indique que plus de la moitié de l'échantillon expérimente plus d'un type d'hallucinations (hallucinations multimodales).

Les symptômes négatifs. Selon l'étude de Girard et Simard (2012), la présence de symptômes négatifs et de troubles de la pensée demeure controversée, et diverses études présentent des résultats différents l'un de l'autre. L'étude de Girard et Simard (2008) indique qu'il y a présence de symptômes négatifs et de troubles de la pensée chez ceux présentant une schizophrénie à début très tardif. Les études de Girard et Simard (2008 et 2012) révèlent la présence d'apathie et d'anhédonie chez ceux ayant un début très tardif de la maladie. Rodriguez-Ferrera *et al.* (2004) indique de son côté que ceux ayant une schizophrénie vieillissante ont davantage de symptômes négatifs que ceux ayant une schizophrénie à début très tardif. L'étude comparative de Tan et Sen (2012) révèle que les patients ayant une schizophrénie à début très tardif manifestaient davantage de symptômes négatifs que ceux ayant une schizophrénie à début tardif. Les revues narratives ainsi que les revues systématiques affirment que les symptômes négatifs sont peu ou pas présents dans le tableau clinique des aînées ayant une schizophrénie à début très tardif (Belbeze *et al.*, 2020 ; Cort *et al.*, 2018 ; Hanssen *et al.*, 2015 ; Howard *et al.*, 2000 ; Howard et Reeves, 2003 ; Reeves *et al.*, 2002 ; Reeves et Brister, 2008 ; Suen *et al.*, 2019 ; Trachel et Gunten, 2011).

L'étude de Girard et Simard (2008) révèle que l'entièreté de son échantillon présentait des symptômes présents dans les troubles de la pensée, dont la présence d'un discours circonlocutoire dans 38 % des cas et d'incohérence dans 38 % de l'échantillon également. Chacun des symptômes était représenté par un plus petit pourcentage de l'échantillon que dans la schizophrénie à début tardif. Reeves *et al.* (2002) affirment qu'il y a absence de trouble de la pensée dans son échantillon. Les revues narratives ou systématiques de Trachsel et Von Gunten (2011), Belbeze *et al.* (2020), Reeves et Brister (2008), Howard et Reeves (2003), Cort *et al.* (2018) et Howard *et al.* (2000) affirment que les troubles de la pensée sont moins présents que chez ceux ayant un début plus hâtif de la maladie (Howard *et al.*, 2000 ; Pearlson *et al.*, 1989) ou absents (Howard *et al.*, 2000 ; Köhler *et al.*, 2007 ; Reeves et Brister, 2008).

Les symptômes cognitifs. Les symptômes regroupés dans ces résultats sont ceux ayant un lien avec le fonctionnement du cerveau humain ainsi que son impact sur le fonctionnement de la personne.

L'étude de Van Liempt *et al.* (2017) indique que le fonctionnement social de l'aîné ayant une schizophrénie à début très tardif est supérieur à ceux ayant une schizophrénie vieillissante ou tardive, ou ceux ayant un trouble bipolaire depuis l'âge adulte. Plus le moment d'apparition de la maladie est tardif dans la vie de l'individu, plus il présente un fonctionnement social optimal. Selon cette même étude de Van Liempt *et al.* (2017), le fonctionnement social est associé à un âge d'apparition de la maladie plus tardif ainsi qu'à un plus bas niveau de symptômes dépressifs et de symptômes positifs manifestés par l'individu. L'étude de Mazeh *et al.* (2005) révèle également que le niveau de fonctionnement global serait supérieur chez ceux présentant une schizophrénie à début très tardif. L'outil *Clinical Global Impression* (Guy, W.C.G.I, 1976) fut utilisé dans l'étude de Mazeh *et al.*, (2005). Il indique qu'en 30 mois, un seul des patients ayant une schizophrénie à début très tardif a vu son état mental s'aggraver, comparativement à neuf patients chez ceux ayant une schizophrénie vieillissante (Mazeh *et al.*, 2005).

Une seule étude a comparé le niveau de bien-être de la personne atteinte de schizophrénie à début très tardif à d'autres groupes d'individus. L'étude de McCulloch *et al.* (2006) révèle que ceux atteints de la schizophrénie à début très tardif présentent un niveau de bien-être supérieur à ceux présentant une dépression, mais inférieur aux aînés sans problématique de santé mentale. Ceux présentant une schizophrénie à début très tardif ainsi que le groupe contrôle ne présentent pas de signe de dépression et présentent une estime de soi supérieure au groupe d'aînés atteint d'une dépression (McCulloch *et al.* 2006).

Selon la revue systématique de Suen *et al.* (2019), trois études ont analysé les troubles et déficits cognitifs liés à un diagnostic de schizophrénie à début très tardif (Hanssen *et al.*, 2015 ; Moore *et al.*, 2006 ; Reeves *et al.*, 2002). Moore *et al.* (2006) révèlent que ceux ayant une schizophrénie à début très tardif ont un quotient intellectuel ainsi qu'une mémoire de travail inférieur aux aînés sans diagnostic de santé mentale. Ils ont également une plus grande tendance à attribuer les événements négatifs à autrui plutôt qu'à soi-même, en plus d'une tendance à attribuer de moins bonnes intentions aux autres. Hanssen *et al.* (2015) révèlent pour sa part qu'il n'y a pas

de différence entre les aînés ayant une schizophrénie tardive, très tardive ou vieillie, quant au quotient intellectuel, la mémoire et les fonctions cognitives. La revue narrative de Howard *et al.* (2000) révèle que ceux ayant une schizophrénie à début très tardif présentent une plus faible performance au niveau des fonctions exécutives, des apprentissages, de la motricité et des capacités verbales (Jeste *et al.*, 1995). Howard *et al.* (2000) indiquent également que ceux ayant une schizophrénie très tardive ont des déficits fonctionnels généralisés, mais qui diffèrent de la démence, puisque ceux présentant une schizophrénie à début très tardif préservent leur capacité à apprendre (Naguib *et Levy*, 1987 ; Miller *et al.*, 1992 ; Almeida *et al.*, 1995).

Discussion

La présente section a pour objectif d'offrir une synthèse des travaux recensés et de répondre à la question de recherche : déterminer les principales caractéristiques nosologiques de la schizophrénie à début très tardif chez les aînés de 60 ans et plus. Une synthèse des facteurs de risque principaux ainsi que des manifestations cliniques de la schizophrénie à début très tardif a été relevée. Cette synthèse avait pour but d'offrir de meilleures connaissances sur le portrait clinique et psychosocial de la maladie aux différents professionnels.

Les facteurs de risque

Le sexe

Les données quant à l'impact du sexe sur le développement de la schizophrénie à apparition tardive sont homogènes dans tous les articles de cette recension. Tous les articles affirment qu'il y a une prépondérance plus élevée de femmes atteintes de la schizophrénie à début très tardif. Les hommes, pour leur part, sont plus nombreux à se faire imposer une hospitalisation et à mettre fin au suivi à l'externe (Reeves *et al.*, 2002). Il est intéressant de constater que les données quant au sexe sont différentes chez les immigrants, attestant que les hommes sont plus nombreux à développer la maladie que les femmes (Mitter *et al.*, 2004 ; Mitter *et al.*, 2005). L'article de Mitter *et al.* (2004) amène des hypothèses intéressantes quant à ce qui explique une prépondérance d'hommes plus élevée, telles que le stress d'être dans un milieu qui lui est étranger, le fait d'avoir vécu dans un environnement hostile depuis de nombreuses années, le désavantage au niveau du statut social et de l'emploi dans le nouveau pays d'accueil (Abbotts *et al.*, 2001 ; Cattell, 2001 ; Cooper, 2002), en plus de l'expérience de racisme. Le racisme pourrait être encore plus intense envers les hommes, menant à un plus grand risque d'isolement social (Mitter *et al.*, 2004). Ces données ouvrent la porte à des études qui pourraient être très intéressantes pour expliquer davantage ces résultats.

L'hérédité

Une des différences entre la schizophrénie à début très tardif et la schizophrénie typique est au niveau de l'hérédité familiale, révélée comme ayant un impact moins important au niveau de

l'apparition de la maladie (Howard *et al.*, 2000 ; Howard et Reeves, 2003 ; Reeves et Brister, 2008 ; Cort *et al.*, 2018). Ce sont principalement les revues narratives qui abordaient le sujet et qui présentaient des informations semblables sur le sujet. Outre les revues narratives, seule l'étude de Stafford *et al.* (2019) a étudié l'impact de ce facteur dans l'apparition de la maladie. Les aînés ayant un enfant avec un historique de trouble psychotique présentaient deux fois plus de risque de développer une schizophrénie très tardive (Stafford *et al.*, 2019). Ainsi, le facteur génétique fut peu étudié quant au risque qu'il représente dans l'apparition très tardive de la maladie et de sa différence avec l'apparition de la schizophrénie à début dit normal. Il serait pourtant un facteur important à considérer pour aider au bon diagnostic lors de la manifestation des premiers symptômes psychotiques chez l'aîné.

Les déficits sensoriels

Une autre des particularités adressées à ceux ayant une schizophrénie à début très tardif est la présence de déficits sensoriels, étant plus présents chez ceux ayant un début très tardif de la maladie (Howard *et al.*, 2000). Seules les revues narratives (Howard *et al.*, 2000 ; Howard et Reeves, 2003 ; Cort *et al.*, 2018) et une étude scientifique (Barak *et al.*, 2002) rapportent des informations semblables, tandis que la seule étude scientifique récente ayant investigué sur le sujet a trouvé des résultats différents (Stafford *et al.*, 2019). Tout comme l'hérédité, ce facteur demeure peu étudié. Pourtant, sachant que ce facteur pourrait facilement être remédiable par le port de prothèse, il s'avère pertinent de l'étudier davantage et d'en faire une piste d'intervention pertinente à investiguer au niveau de l'apparition ou de l'intensité des symptômes.

Les facteurs psychosociaux

Les facteurs psychosociaux étaient peu étudiés dans les articles portant sur la schizophrénie d'apparition très tardive. Les articles cités dans Howard et Reeves (2003) affirment que les aspects éducationnels, occupationnels et psychosociaux sont moins associés à l'association de la schizophrénie à début très tardif (Jeste *et al.*, 1995 ; Castle *et al.*, 1997), mais aucun article récent n'existe à ce sujet. L'étude de Stafford *et al.* (2018) affirme même qu'il fut impossible d'étudier les facteurs de risque psychosociaux, tels que le statut socio-économique, l'isolement social et les

déficits sensoriels. Seuls deux articles portaient sur les facteurs psychosociaux, soit les articles de Giblin *et al.* (2004) et de Stafford *et al.* (2019). Il en ressort que la perte d'un être cher, tel que le conjoint ou un enfant, est associée à un plus grand risque de développer la maladie. Ceux atteints de schizophrénie à début très tardif étaient davantage seuls (sans enfant ni conjoint) (Stafford *et al.*, 2019). Gilbin *et al.* (2004), pour sa part, affirme que les personnes atteintes de schizophrénie d'apparition très tardive avaient eu plus de relations sociales fragiles et avaient vécu plus de discrimination. Ces données confirment que le volet social est important à considérer et à étudier pour en arriver à des pistes d'intervention intéressantes. Outre les revues narratives, aucune étude ne s'intéresse exclusivement au réseau social de la personne. Pourtant, il est prouvé que l'isolement social est un facteur de risque de la schizophrénie (Bindler *et al.*, 2010). Une seule étude s'est intéressée au statut financier des aînés et de son impact sur l'apparition de la maladie, soit l'étude de Stafford *et al.* (2019) qui a trouvé une différence significative entre les aînés ayant un haut revenu versus ceux ayant un plus faible revenu.

Les ethnies et l'immigration

L'immigration est également un facteur de risque considéré comme étant significatif dans tous les articles traitant du sujet. Trois des quatre études sur le sujet ont été effectuées à Londres. L'article de Reeves *et al.* (2002) relève des hypothèses pertinentes qui mériteraient d'être étudiées davantage. Cet article affirme que l'isolement social, la perte du réseau social dans le pays d'origine ainsi que de leur statut social pourraient être des facteurs justifiant la prépondérance plus élevée chez les immigrants. Outre cela, la cohésion sociale et l'esprit communautaire, davantage présents dans certains autres pays que dans les pays développés, pourraient aussi contribuer à l'apparition de la maladie une fois déménagés dans le pays migrant (Reeves *et al.*, 2002). Le phénomène inverse pourrait être observé pour expliquer la prépondérance plus élevée de femmes dans les pays occidentaux. En effet, il y aurait davantage de femmes veuves ou célibataires vivant seules, pouvant accroître l'isolement social chez celles-ci (Mitter *et al.*, 2004). Sachant que le phénomène de l'immigration tend à s'accroître dans les pays développés tels que le Canada et les États-Unis, il serait pertinent d'effectuer des études dans ces pays et de relever si les données sont homogènes à celles trouvées en Angleterre ou en Europe. Il est remarqué que les hypothèses expliquant cette

prépondérance chez les immigrants portent sur des variables psychosociales importantes, telles que l'isolement social et la faible présence du réseau communautaire. Ceci offre des pistes d'interventions intéressantes pour favoriser la présence de facteurs de protection et prévenir le développement de la maladie.

En résumé, outre la prépondérance plus prononcée chez les femmes et les immigrants, les facteurs de risque de la schizophrénie à début très tardif demeurent à explorer. Plusieurs informations ressortent comme étant divergentes selon les articles dans la littérature. Les facteurs psychosociaux ont peu été étudiés et très peu d'études récentes abordent le sujet. Les facteurs de risque psychosociaux, tels que les événements traumatiques passés, les relations sociales et l'isolement social, les habitudes de vie, le revenu financier et l'environnement de la personne demeurent peu étudiés et devraient l'être davantage avant d'en conclure que la schizophrénie à début très tardif est due à un processus neurodégénératif plutôt que neurodéveloppemental (Reeves et Brister, 2008).

La symptomatologie

Les symptômes positifs

La littérature présente des résultats homogènes quant aux symptômes positifs habituellement adressés à ceux ayant une schizophrénie à début très tardif. En effet, tous les articles affirment qu'il y a une plus prédominance de symptômes positifs, caractérisés par des idées délirantes et des hallucinations. Les idées délirantes sont principalement de type de persécution (Tan et Seng, 2012 ; Alici-Evcimen *et al.*, 2003 ; Girard et Simard, 2008 ; Van Assche *et al.*, 2019 ; Suen *et al.*, 2019). Certains articles indiquent aussi que les idées de partition sont une caractéristique plus spécifique à la schizophrénie à début très tardif (Cort *et al.*, 2018 ; Howard et Reeves, 2003). Les hallucinations auditives et visuelles ressortent comme étant les types les plus fréquemment vécus par les aînés présentant une schizophrénie d'apparition tardive (Tan et Seng, 2012 ; Van Assche *et al.*, 2019 ; Belbeze *et al.*, 2020). L'homogénéité des résultats permet de présenter un tableau clinique assez uniforme et, donc, facilite le dépistage de la maladie. La symptomatologie est principalement constituée de symptômes positifs. Ces informations

permettent d'adapter davantage les interventions en axant sur les symptômes qui causent le plus de détresse. Par exemple, en intervenant sur la méfiance vécue et engendrée par les hallucinations et les idées délirantes. Ces informations permettent également à l'entourage de l'aîné d'être davantage à l'affût des signes et symptômes de la maladie et d'agir dès les premières manifestations.

Les symptômes négatifs

Si les données sont concordantes quant à la présence des symptômes positifs, il est plutôt observé que les données diffèrent d'un article à un autre pour les symptômes négatifs et les troubles de la pensée. En effet, lorsque le lecteur se réfère aux revues narratives ainsi qu'aux revues systématiques sur le sujet, toutes affirment qu'il y a rareté ou absence de symptômes négatifs ainsi que de troubles de la pensée. Pourtant, les données trouvées dans certaines études scientifiques diffèrent et indiquent la présence de symptômes négatifs et de troubles de la pensée. C'est le cas de l'étude de Girard et Simard (2008), qui affirme que les trois quarts de son échantillon manifestaient des comportements associés aux symptômes négatifs de la maladie. C'est aussi le cas de Hanssen *et al.* (2015), qui affirme qu'il y a tout autant de symptômes négatifs dans la schizophrénie vieillie, à début tardif ou très tardif.

Plusieurs raisons peuvent venir expliquer cette différence significative. Il est constaté dans ses deux études que le même outil standardisé est utilisé et que ce sont tous les aînés ayant développé des symptômes psychotiques après l'âge de 60 ans qui ont été inclus dans cet article (Girard et Simard, 2008 ; Hanssen *et al.*, 2015). Le terme « schizophrénie à début très tardif » est tout de même utilisé pour définir ces échantillons. Il est donc pertinent de considérer que la présence de symptômes négatifs peut être due à un autre trouble psychotique d'apparition très tardive, ou que l'outil standardisé utilisé peut avoir un impact sur les résultats. Les articles ne précisent également pas si les aînés des échantillons présentaient ces symptômes lors de la présentation initiale des symptômes, ou si ces aînés avaient débuté un traitement pour diminuer les symptômes manifestés. Ceci peut avoir un impact important sur la présence et l'intensité des symptômes, et influencer la nosologie présentée dans les résultats.

Les symptômes cognitifs

Enfin, plusieurs variables liées aux capacités cognitives de la personne ont été étudiées dans différents articles. Les trois articles évaluant le fonctionnement social et quotidien de la personne en arrivent à la conclusion que les individus présentant une schizophrénie à début très tardif disposent d'un fonctionnement global supérieur à ceux présentant d'autres troubles de santé mentale, dont la schizophrénie vieillissante. La dégradation cognitive est aussi moindre que ceux présentant une schizophrénie vieillissante (Mazeh *et al.*, 2005) et le niveau de bien-être personnel est aussi supérieur aux aînés ayant une schizophrénie depuis le début de l'âge adulte (McCulloch *et al.*, 2006). La schizophrénie à début très tardif serait donc associée à des capacités cognitives altérées de façon moins importante.

Les limites

Il peut être difficile d'avoir un portrait clair de la nosologie de la schizophrénie à début très tardif puisque les groupes comparatifs utilisés dans les études diffèrent. C'est le cas de Rodriguez-Ferrera *et al.*, (2004), qui compare les aînés ayant une schizophrénie à début très tardif à tous ceux ayant un début de la maladie avant l'âge de 60 ans, confondant ainsi tous ceux pouvant avoir eu un début typique ou tardif de la maladie. Les études de Girard et Simard (2008 et 2012), de leur côté, comparent uniquement les gens ayant une schizophrénie à début tardif versus ceux ayant un début très tardif. Outre les études épidémiologiques (Mitter *et al.*, 2004 ; Stafford *et al.*, 2018 ; Stafford *et al.*, 2019), les autres études scientifiques ont des échantillons de petite taille, allant jusqu'à des sous-groupes de six personnes (Tan et Seng, 2012). Il est normal que les échantillons soient davantage restreints vu la prévalence plus faible de la maladie dans la population. Par contre, c'est tout de même 3 % de toutes les schizophrénies qui se manifestent de façon très tardive (Traschel et Gunten, 2011). Les échantillons de petits nombres sont donc non représentatifs de la population étudiée. Les petits échantillons peuvent émettre des résultats faussés, en raison des cas uniques ou divergents.

Les balises du terme « schizophrénie à début très tardif » demeurent floues et controversées pour certains auteurs. Même si les articles visaient l'étude de la schizophrénie débutant à l'âge de

60 ans et plus, Giblin *et al.* (2004) et McCulloch *et al.* (2006) utilisaient plutôt les termes « schizophrénie à début tardif » pour parler de la schizophrénie à début très tardif. Pourtant, selon Howard *et al.* (2000), le type « tardif » est utilisé pour caractériser les personnes présentant une schizophrénie pour la première fois à l'âge de 40 ans et plus. Il est donc important de faire preuve de prudence à la lecture de cet essai, puisqu'il est possible que des articles importants de la littérature soient exclus de la recherche documentaire en raison de la terminologie différente utilisée.

Certaines études intègrent aussi parfois d'autres diagnostics de la classe de troubles psychotiques très tardifs dans leur échantillon, dont les articles de Girard et Simard (2008 et 2012). L'échantillon sélectionné présente donc différents diagnostics, tels que le trouble délirant ou le trouble schizo-affectif. La schizophrénie à début très tardif est tout de même la nosologie sélectionnée pour représenter ces échantillons. C'est aussi le cas d'autres articles, tels que celui de Tan et Seng (2012) ou de Rodriguez-Ferrera *et al.* (2004). Il devient alors difficile de savoir si les résultats présentés dans le présent essai sont réellement attribuables à la schizophrénie à début très tardif. Il est questionnant de voir que les articles de Girard et Simard (2008 et 2012) ont présenté des résultats différents quant à la présence de symptômes négatifs et de troubles de la pensée. Il semble essentiel de vérifier avec d'autres études si ces résultats sont attribuables au fait que d'autres troubles psychotiques ont été inclus dans l'étude. Dans un même ordre d'idée, certains articles, tels que McCulloch *et al.* (2006) n'utilisent pas toujours les mêmes ouvrages ou manuels pour établir les critères nécessaires au diagnostic. Dans ce dernier article, c'est l'ouvrage de Roth et Kay (1998), ouvrage qui utilise les critères diagnostiques de la paraphrénie tardive, qui est utilisé pour identifier l'échantillon d'individus présentant une schizophrénie à début très tardif. Il est ainsi important pour le lecteur de se questionner quant à la réelle validité de ses résultats.

Finalement, il est important de mettre en lumière le fait que parmi les 26 articles sélectionnés et inclus dans cet essai, un très petit nombre d'articles est disponible pour chacune des sous-variables étudiées. Par exemple, c'est un total de seulement cinq articles qui discutent du facteur d'immigration et trois articles pour le fonctionnement social ou général (Mazeh *et al.*,

2005 ; McCullosh *et al.*, 2006 ; Van Liempt *et al.*, 2017). Les variables sont hétérogènes, surtout quant aux symptômes cognitifs étudiés. Il est donc difficile de généraliser les résultats à la population générale, et d'affirmer que les résultats sont valides et fidèles.

Retombées psychoéducatives

Tel que mentionné dans l'article de Cort *et al.* (2018), il existe un nombre restreint d'écrits sur le sujet comparativement au nombre élevé et grandissant d'aînés ayant des troubles psychotiques. Les symptômes vécus par ces mêmes aînés ont pourtant un grand impact sur leur quotidien ainsi que sur leur niveau de bien-être (Cort *et al.*, 2018). Néanmoins, aucun ouvrage scientifique ne s'attarde aux traitements spécifiques à ceux ayant une schizophrénie à début tardif ou aux recommandations différentielles à la prise en charge de ces patients (Gaillard *et al.*, 2002 ; Gaillard, 2010). Selon Reinhardt et Cohen (2015), le volet pharmacologique et psychosocial sont essentiels pour assurer un traitement optimal chez l'aîné ayant une schizophrénie très tardive.

Dans son communiqué, l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec soulève l'importance d'augmenter nos recours aux approches psychosociales pour traiter et gérer les comportements difficiles exprimés par les aînés, augmentant ainsi leur niveau de bien-être (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2019). Privilégiant l'action sur le terrain et les interactions avec les sujets concernés, le psychoéducateur a l'opportunité de développer un lien de confiance significatif avec l'aîné et son entourage dans le but de bien comprendre sa situation clinique et psychosociale. Il est du devoir du psychoéducateur d'évaluer les capacités adaptatives de la personne (PAD) ainsi que le potentiel expérientiel de l'environnement de la personne (PEX). Par exemple, selon les facteurs de risque trouvés préalablement, le psychoéducateur pourrait offrir des opportunités de socialisation à la personne dans un lieu où elle se sent en confiance. La personne pourrait aussi être recommandée à un milieu de vie communautaire ou pourrait multiplier les rencontres avec sa famille. De plus, il pourrait également lui être offert de l'accompagner dans ses divers rendez-vous médicaux, tels que chez l'optométriste ou l'audiologiste pour ménager les déficits sensoriels. Briser l'isolement et aider la personne au niveau de ses difficultés visuelles et auditives sont de bons exemples de moyens qui

permettront de résorber l'intensité des symptômes psychotiques et la détresse qui en découle (Reeves et Brister, 2008). Puisque la méfiance est souvent présente chez les aînés présentant une schizophrénie à début très tardif, il peut être conseillé que la personne soit accompagnée par son intervenant ou un proche aidant, pour favoriser l'acceptation des soins de santé. Être accompagné permettra également à l'entourage de la personne d'avoir une meilleure compréhension du suivi et des symptômes. Dans tous les cas, par une approche adaptée à leurs besoins, le psychoéducateur peut avoir un impact positif sur l'engagement des aînés dans le traitement de la schizophrénie à début très tardif.

Le psychoéducateur a aussi un rôle-conseil important auprès d'autrui. La schizophrénie à début très tardif peut être difficile à comprendre ou à accepter par l'entourage de la personne. Le psychoéducateur peut donc aider les proches à mieux comprendre les comportements de l'individu par l'entremise de psychoéducation sur la maladie. Il peut également donner des moyens concrets pour mieux accompagner la personne au quotidien. Le psychoéducateur peut aussi faire du rôle-conseil auprès du personnel médical œuvrant dans les différents milieux de vie de la personne (ex. : résidences privées pour personnes âgées (RPA) ou les CHSLD). De l'enseignement peut être fait sur les symptômes et les particularités de la schizophrénie à début très tardif, ainsi que sur les approches à préconiser auprès des aînés avec ce diagnostic. Il est relevé qu'une attitude de non-jugement, la démonstration d'empathie face à ce que vit la personne et la mise en place de stratégies de coping pour faire face aux symptômes vécus peuvent diminuer la détresse qui est associée à la maladie (Sivec et Montesano, 2013).

Le psychoéducateur est aussi celui qui formule des recommandations dans son évaluation psychoéducative. Ainsi, il est de son devoir de bien identifier les facteurs de risque et de protection, les forces de la personne et ses principaux défis, ainsi que les symptômes vécus et les comportements qui en découlent. Cette recension d'informations a pour but de formuler les interventions à préconiser auprès de la personne en difficulté. Étant encore aujourd'hui facilement confondu avec les troubles cognitifs, le psychoéducateur peut être davantage en mesure de bien cerner la problématique vécue par une bonne connaissance des diagnostics possibles et de ses

différences. Le psychoéducateur peut recommander les clients aux bons professionnels pour assurer l'établissement d'un bon diagnostic et favoriser le bon traitement médicamenteux, essentiel à la prise en charge de la schizophrénie.

Conclusion

Cet essai a permis de mettre en évidence les facteurs de risque ainsi que la symptomatologie spécifique à la schizophrénie à début très tardif. Malgré les limites de cet essai, un consensus se dégage quant à quelques caractéristiques. La prépondérance de femmes ainsi que de la population immigrante mettent en lumière leurs plus grands risques de développer la maladie. Les symptômes positifs, composés d'hallucinations et d'idées délirantes, ressortent comme étant un critère central dans la symptomatologie de la schizophrénie à début très tardif. Les idées de persécution ainsi que les idées de partition sont prédominantes dans le portrait clinique de cette maladie. Ces éléments fournissent un aperçu intéressant des facteurs à évaluer et des pistes d'intervention plus adaptées à mettre en place. Une meilleure identification des facteurs de risque et des symptômes aidera les professionnels à prévenir la maladie et à diminuer la souffrance qui y est associée. Les nombreuses données hétérogènes relevées dans cet essai mettent en lumière l'importance d'étudier davantage les caractéristiques de cette construction catégorielle. Ces études sont essentielles pour offrir aux différents professionnels une meilleure compréhension de cette maladie.

Références

- Abbotts, J., Williams, R. et Ford, G. (2001). Morbidity and Irish Catholic descent in Britain: Relating health disadvantage to socio-economic position. *Social Science & Medicine*, 52(7), 999-1005. doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00200-8
- Achim, A. et Lepage, M. (2005). Episodic memory-related activation in schizophrenia: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 187(6), 500-509. doi:10.1192/bjp.187.6.500
- Aleman, A., Hijman, R., De Haan, E.H. et Kahn, R.S. (1999). Memory impairment in schizophrenia: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1358–1366.
- Alici-Evcimen, Y., Ertan, T. et Eker, E. (2003). Case series with late-onset psychosis hospitalized in a geriatric psychiatry unit in Turkey: Experience in 9 years. *International Psychogeriatrics*, 15(1), 69-72. doi: 10.1017/s1041610203008767
- Almeida, O., Howard, R., Levy, R., David, A.S., Morris, R.G. et Sahakian, B.J. (1995). Cognitive features of psychotic states arising in late life (late paraphrenia). *Psychological Medicine*, 25(4), 685–698. doi:10.1017/S0033291700034942
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. (DSM IV). American Psychiatric Association. Washington DC.
- American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.
- Barak, Y., Aizenberg, D., Mirecki, I., Mazeh, D. et Achiron, A. (2002). Very late-onset schizophrenia-like psychosis: Clinical and imaging characteristics in comparison with elderly patients with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(11), 733-736. doi: 10.1097/00005053-200211000-00002
- Barch, D. M. et Smith, E. (2008). The cognitive neuroscience of working memory: Relevance to CNTRICS and schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 64(1), 11-17. doi:10.1016/j.biopsych.2008.03.003
- Belbeze, J. et Gallarda, T. (2020). Symptômes psychotiques d'apparition très tardive chez le sujet âgé : psychose primaire ou démence? L'apport de l'approche phénoménologique. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 18(1), 77-87. doi: 10.1684/pnv.2019.0828
- Bindler, L., Chopin, M.V., Nuss, P. et Peretti, C.S. (2010). Dépression, schizophrénie, toutes les voies mènent-elles à la dopamine ? La Lettre du Psychiatre, 6(4), 121-126. Repéré à <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/16655.pdf>

- Castle, D. J., Wessely, S., Howard, R. et Murray, R. M. (1997). Schizophrenia with onset at the extremes of adult life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(7), 712-717. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199707)12:7<712::AID-GPS601>3.0.CO;2-5
- Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: The mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine*, 52(10), 1501-1516. doi:10.1016/S0277-9536(00)00259-8
- Cohen, C. I., Meesters, P. D. et Zhao, J. (2015). New perspectives on schizophrenia in later life: Implications for treatment, policy, and research. *The Lancet Psychiatry*, 2(4), 340-350. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00003-6
- Cooper, A.F. (1976). Deafness and psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129(3), 216-226. doi:10.1192/bjp.129.3.216
- Cooper, A.F. et Curry, A.R. (1976). The pathology of deafness in the paranoid and affective psychoses of later life. *The Journal of Psychosomatic Research*, 20(2), 107-114. doi: 10.1016/0022-3999(76)90035-0
- Cooper, H. (2002). Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 54(5), 693-706. doi : 10.1016/S0277-9536(01)00118-6
- Cort, E., Meehan, J., Reeves, S. et Howard, R. (2018). Very late-onset schizophrenia-like psychosis: A clinical update. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(1), 37-47. doi: 10.3928/02793695-20170929-02
- Dickinson, D., Ragland, J.D., Gold, J.M. et Gur, R.C. (2008). General and specific cognitive deficits in schizophrenia: Goliath defeats David. *Biological Psychiatry*, 64(9), 823-827. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.04.005
- Dickinson, D., Ramsey, M.E. et Gold, J.M. (2007). Overlooking the obvious: A meta-analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 532-542. doi:10.1001/archpsyc.64.5.532
- Fioravanti, M., Carlone, O., Vitale, B., Cinti, M. E. et Clare, L. (2005). A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychology Review*, 15(2), 73-95. doi : 10.1007/s11065-005-6254-9
- Gaillard, M., Pont-Moser, C. et Rufini, J. (2002). La décompensation psychotique au troisième âge: mieux comprendre, mieux réagir: psychogériatrie. *Médecine et hygiène*, 60(2395), 1157-1160.

- Gaillard M. (2010). Psychoses et troubles dissociatifs. Dans Giannakopoulos, P. et Gaillard, M. (dir.) *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé* (p. 235-256). Médecine et Hygiène.
- Giblin, S., Clare, L., Livingston, G. et Howard, R. (2004). Psychosocial correlates of late-onset psychosis: Life experiences, cognitive schemas, and attitudes to ageing. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(7), 611-623. doi.org/10.1002/gps.1129
- Girard, C. et Simard, M. (2008). Clinical characterization of late- and very late-onset first psychotic episode in psychiatric inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(6), 478-487. doi: 10.1097/JGP.0b013e31816c7b3c
- Girard, C. et Simard, M. (2012). Elderly patients with very late-onset schizophrenia-like psychosis and early-onset schizophrenia: cross-sectional and retrospective clinical findings. *Open Journal of Psychiatry*, 2(4), 305-316. doi : 10.4236/ojpsych.2012.24043
- Gouvernement du Canada. (2022). TERMIUM Plus [banques de données terminologiques et linguistiques]. Repéré à https://www.btb.termiumplus.gc.ca/tpv2alpha/alpha-fra.html?lang=fra&i=1&srchtxt=hallucination+tactile&codom2nd_wet=1#resultrecs
- Guy, W. C. G. I. (1976). Clinical global impression. *Assessment Manual for Psychopharmacology*, 217-222.
- Hanssen, M., van der Werf, M., Verkaaik, M., Arts, B., Myin-Germeys, I., van Os, J., Verhey, F. et Köhler, S. (2015). Comparative study of clinical and neuropsychological characteristics between early-, late and very-late-onset schizophrenia-spectrum disorders. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(8), 852-862. doi: 10.1016/j.jagp.2014.10.007
- Hassett, A. (1999) A descriptive study of first presentation psychosis in old age. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 814-824. doi:10.1046/j.1440-1614.1999.00651.x
- Hoff, A., Svetina, C. et Shields, G. (2005). Ten year longitudinal study of neuropsychological functioning subsequent to a first episode of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 78(1), 27-34. doi.org/10.1016/j.schres.2005.05.010
- Howard, R., Castle, D., O'Brien, J., Almeida, O. et Levy, R. (1992). Permeable walls, floors, ceilings and doors. Partition delusions in late paraphrenia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(2), 719-724. doi.org/10.1002/gps.930071006
- Howard, R., Rabins, P. V., Seeman, M. V, Jeste, D. V. et Late-onset, T.I. (2000). Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: An international consensus. *The American Journal of Psychiatry*, 157(2), 172-178. doi: 10.1176/appi.ajp.157.2.172

- Howard, R. et Reeves, S. (2003). Psychosis and schizophrenia-like disorders in the elderly. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 7(6), 410-411.
- IUSMQ-CHU de Québec. (2014). Examen mental - Définitions des termes. Repéré à http://www.doc-developpement-durable.org/file/sante-hygiene-medecine/psychiatrie-psychologie/Examen_etat_mental_Definition_termes.pdf
- Jeste, D.V., Harris, M.J., Krull, A., Kuck, J., McAdams, L.A. et Heaton, R. (1995). Clinical and neuropsychological characteristics of patients with late-onset schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 152(5), 722–730. doi.org/10.1176/ajp.152.5.722
- Jeste, D., Lanouette, N.M. et Vahia, I.V. (2009). Schizophrenia and paranoid disorders. Blazer, D.G. et Steffens, D.C. (Éds.), *Textbook of Geriatric Psychiatry* (pp. 317-331). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Kay, D.W.K. et Roth, M. (1961). Environmental and hereditary factors in the schizophrenias of old age ('late paraphrenia') and their bearing on the general problem of causation in schizophrenia. *Journal of Mental Science*, 107(449), 649-686. doi.org/10.1192/bjp.107.449.649
- Köhler, S., Vaan Os, J., De Graaf, R. Vollebergh, W., Verhey, F. et Krabbendam, L. (2007). Psychosis risk as a function of age at onset: A comparison between early- and late-onset psychosis in a general population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 288-294. doi.org/10.1007/s00127-007-0171-6
- Laws, K. R. (1999). A meta-analytic review of Wisconsin Card Sort studies in schizophrenia: General intellectual deficit in disguise? *Cognitive Neuropsychiatry*, 4(1), 1-30. doi.org/10.1080/135468099396025
- Lee, J. et Park, S. (2005). Working memory impairments in schizophrenia: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 599-611. doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.599
- Lencz, T., Smith, C.W., McLaughlin, D., Author, A., Nakayama, E., Hovey, L. et Cornblatt, B.A. (2006). Generalized and specific neurocognitive deficits in prodromal schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 59(9), 863-871. doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.09.005
- Mazeh, D., Zemishlani, C., Aizenberg, D. et Barak, Y. (2005). Patients with very-late-onset schizophrenia-like psychosis: A follow-up study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(5), 417-419. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.5.417
- McCulloch, Y., Clare, L., Howard, R. et Peters, E. (2006). Psychological processes underlying delusional thinking in late-onset psychosis: A preliminary investigation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(8), 768-777. doi: 10.1002/gps.1561

- Miller, B.L., Lesser, I.M., Mena, I., Villanueva-Meyer, J., Hill-Gutierrez, E., Boone, K. et Mehringer, C.M. (1992). Regional cerebral blood flow in late-life-onset psychosis. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 5(2), 132–137.
- Mitter, P. R., Krishnan, S., Bell, P., Stewart, R. et Howard, R. J. (2004). The effect of ethnicity and gender on first-contact rates for schizophrenia-like psychosis in Bangladeshi, Black and White elders in Tower Hamlets, London. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 286-290. doi.org/10.1002/gps.1084
- Mitter, P., Reeves, S., Romero-Rubiales, F., Bell, P., Stewart, R. et Howard, R. (2005). Migrant status, age, gender and social isolation in very late-onset schizophrenia-like psychosis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 1046-1051. doi.org/10.1002/gps.1396
- Moore, R., Blackwood, N., Corcoran, R., Rowse, G., Kinderman, P., Bentall, R. et Howard, R. (2006). Misunderstanding the intentions of others: An exploratory study of the cognitive etiology of persecutory delusions in very late-onset schizophrenia-like psychosis. *The American journal of geriatric psychiatry*, 14(5), 410-418. doi: 10.1097/01.JGP.0000200604.47367.38
- Naguib, M. et Levy, R. (1987). Late paraphrenia: Neuropsychological impairment and structural brain abnormalities on computed tomography. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2(2), 83–90. doi.org/10.1002/gps.930020205
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2019). Communiqué - Budget provincial 2019-2020. Repéré à <https://www.ordrepsed.qc.ca/fr/nouvelles/communiquedebudget19-20/>
- Orzack, M. H. et Kornetsky, C. (1966). Attention dysfunction in chronic schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 14(3), 323-326. doi:10.1001/archpsyc.1966.01730090099015
- Pearlson, G.D., Kreger, L., Rabin, P.V., Chase, G.A., Cohen, B., Wirth, J.B., Schlaepfer, T.B. et Tune, L.E. (1989). A chart review study of late-onset and early onset schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1568-1574. doi.org/10.1176/ajp.146.12.1568
- Pedersen, C.B., Mors, O., Bertelsen, A., Waltoft, B.L., Agerbo, E. et McGrath, J.J. (2014). A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 573–581. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.16
- Post, F. (1966). *Persistent persecutory states of the Elderly*. Oxford, UK: Pergamon Press.
- Ranganath, C., Minzenberg, M. J. et Ragland, J. D. (2008). The cognitive neuroscience of memory function and dysfunction in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 64(1), 18-25. doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.04.011

- Reichenberg, A. et Harvey, P. D. (2007). Neuropsychological impairments in schizophrenia: Integration of performance-based and brain imaging findings. *Psychological Bulletin*, 133(5), 833-858.
- Reinhardt, M. M. et Cohen, C. I. (2015). Late-life psychosis: Diagnosis and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 17(2), 1-13.
- Reeves, S. J., Sauer, J., Stewart, R., Granger, A. et Howard, R. J. (2001). Increased first-contact rates for very-late-onset schizophrenia-like psychosis in African- and Caribbean-born elders. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 172-174. doi: 10.1192/bjp.179.2.172
- Reeves, S., Stewart, R. et Howard, R. (2002). Service contact and psychopathology in very-late-onset schizophrenia-like psychosis: The effects of gender and ethnicity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(5), 473-479. doi: 10.1002/gps.614
- Reeves, R. R. et Brister, J. C. (2008). Psychosis in late life: Emerging issues. *The Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(11), 45-52. doi: 10.3928/02793695-20081101-09
- Riecher-Rossler, A., Loffler, W. et Munk-Jorgensen, P. (1997). What do we really know about late-onset schizophrenia? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, 195-208. doi.org/10.1007/BF02900216
- Rodriguez-Ferrera, S., Vassilas, C. A. et Haque, S. (2004). Older people with schizophrenia: A community study in a rural catchment area. *The International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(12), 1181-1187. doi: 10.1002/gps.1237
- Roth, M. et Kay, D. W. K. (1998). Late paraphrenia: A variant of schizophrenia manifest in late life or an organic clinical syndrome? A review of recent evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(11), 775-784. doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(1998110)13:11<775::AID-GPS868>3.0.CO;2-E
- Rund, B.R. (1998). A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 425-435. doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033337
- Sivec, H. J. et Montesano, V. L. (2013). Clinical process examples of cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychotherapy*, 50(3), 458-463. doi.org/10.1037/a0032597
- Son, J. H. et Kee, B. S. (2011). A case of very-late-onset schizophrenia-like psychosis. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 9(2), 91-93. doi: 10.9758/cpn.2011.9.2.91

- Stafford, J., Howard, R. et Kirkbride, J. B. (2018). The incidence of very late-onset psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis, 1960-2016. *Psychological Medicine*, 48(11), 1775-1786. doi: 10.1017/S0033291717003452
- Stafford, J., Howard, R., Dalman, C. et Kirkbride, J. B. (2019). The incidence of nonaffective, nonorganic psychotic disorders in older people: A population-based cohort study of 3 million people in Sweden. *Schizophrenia Bulletin*, 45(5), 1152-1160. doi: 10.1093/schbul/sby147
- Suen, Y. N., Wong, S. M. Y., Hui, C. L. M., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M., Chang, W. C. et Chen, E. Y. H. (2019). Late-onset psychosis and very-late-onset-schizophrenia-like-psychosis: An updated systematic review. *International Review of Psychiatry*, 31(5-6), 523-542. doi: 10.1080/09540261.2019.1670624
- Tan, L. L. et Seng, K. H. (2012). First presentation psychosis among the elderly in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 53(7), 463-467.
- Tandon, R., Keshavan, M.S. et Nasrallah, H.A. (2008). Schizophrenia, “Just the Facts”: What we know in 2008: Part 1: Overview. *Schizophrenia Research*, 100(1-3), 4–19. doi.org/10.1016/j.schres.2008.01.022
- Taylor, M.A. et Vaidya, N.A. (2009). *Descriptive Psychopathology: The signs and symptoms of behavioral disorders*. Cambridge University Press.
- Trachsel, N. et Von Gunten, A. (2011). Prise en soins de la schizophrénie chez la personne âgée. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 162(5), 190-197. doi: 10.4414/sanp.2011.02281
- Van Assche, L., Van Aobel, E., Van de Ven, L., Bouckaert, F., Luyten, P. et Vandenbulcke, M. (2019). The neuropsychological profile and phenomenology of late onset psychosis: A cross-sectional study on the differential diagnosis of very-late-onset schizophrenia-like psychosis, dementia with Lewy bodies and Alzheimer's type dementia with psychosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 34(2), 183-199. doi: 10.1093/arclin/acy034
- Van Liempt, S., Dols, A., Schouws, S., Stek, M. L. et Meesters, P. D. (2017). Comparison of social functioning in community-living older individuals with schizophrenia and bipolar disorder: A catchment area-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 532-538. doi: 10.1002/gps.4490
- Van Os, J., Howard, R., Takei, N. et Murray, R. (1995). Increasing age is a risk factor for psychosis in the elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 161–164. doi.org/10.1007/BF00790654

Wallot, H. (2017). *Introduction à la psychopathologie*. Québec, QC : Université TÉLUQ, Université du Québec.

Yang, V. X., Sin Fai Lam, C. C. et Kane, J. P. M. (2021). Cognitive impairment and development of dementia in very late-onset schizophrenia-like psychosis: A systematic review. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-13. doi: 10.1017/ipm.2021.48

Zarit, S.H. et Zarit, J.M. (2012). *Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment*. Guilford, UK: Guilford Press.

Appendice A

Les critères diagnostics de la schizophrénie selon le DSM-5

- Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
 - o idées délirantes
 - o hallucinations
 - o discours désorganisé (p. ex., incohérences ou déraillements fréquents)
 - o comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
 - o symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle)

- Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).

- Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois, les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps, des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).

- Le trouble schizo-affectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire, avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.

- Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

- S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace)

Appendice B

Tableaux des résultats

Tableau B1. Caractéristiques méthodologiques des études retenues pour la variable « Facteurs de risque »

Étude	Caractéristiques de l'échantillon	Objectif de l'étude/ce qui est mesuré	Résultats
Études scientifiques			
Barak et al., 2002	-21 patients ayant une schizophrénie à début tardif -21 patients âgés ayant une schizophrénie vieillissante	Comparer les patients ayant une schizophrénie vieillie à ceux à début très tardif, quant à leur structure du cerveau, leur démographie et leur réponse au traitement	Chez ceux ayant une schizophrénie à début très tardif : – Plus haut niveau d'éducation – Plus grande proportion mariée – Antécédents familiaux étaient présents de façon équivalente dans les deux groupes
Giblin et al., 2004	-5 personnes ayant une schizophrénie à début très tardif -13 personnes ayant un diagnostic tardif de dépression -18 aînés sans problématique de santé mentale.	– Explorer certains éléments psychosociaux présents chez la schizophrénie à début très tardif – Trouver les particularités à travailler pour un traitement cognitivo-comportemental – Développer d'autres interventions psychosociales à préconiser.	– Présence d'événements négatifs plus élevés chez ceux ayant une schizophrénie à début tardif et ceux avec une dépression tardive – Plus grande présence de ces aspects chez les personnes ayant une schizophrénie très tardive : expériences discriminantes et relations fragiles (illégitimité, discrimination, divorce/séparation), pertes et décès (décès d'un parent durant l'enfance, décès d'un ami ou d'un membre de la fratrie durant l'enfance), décès d'un membre de la fratrie, décès de son propre enfant. – Plus grande présence de schéma inadapté dans 4 des 5 domaines évalués (au moins un tiers de l'échantillon) : rejet et déconnexion, autonomie et

			performances altérées, orientation autre, hypervigilance et inhibition. – Plus grande prévalence de gens qui se sentent seuls et qui en sont insatisfaits (insatisfaction solitaire)
Girard et Simard, 2012	-17 patients ayant une schizophrénie à début très tardif -17 patients ayant une schizophrénie vieillissante	Comparer les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie très tardive versus la schizophrénie vieillissante dans le but de valider la nosologie proposée par le consensus international sur la schizophrénie à début très tardif.	-84,6 % de ceux ayant une schizophrénie vieillissante ont des troubles de santé mentale chez les membres de leur famille, comparativement à 43,8 % de ceux ayant une schizophrénie à début très tardif.
Mitter et al., 2004	1257 patients, dont 40 ont été identifiés comme ayant une schizophrénie à début très tardif.	Déterminer l'incidence de la schizophrénie à début très tardif dans la partie est de Londres, comportant une grande population de personnes venant du Bangladesh	Sexe : – Dans la population britannique, ratio plus élevé de filles. – Dans les populations immigrantes, ratio plus élevé d'hommes. Ethnies : – Plus grand rapport ratio chez les africains et caribéens que chez les britanniques. – Plus grand rapport ratio chez toutes les ethnies que chez les britanniques, outre pour ceux venant du Bangladesh
Mitter et al., 2005	Échantillon total de 86 patients ayant une schizophrénie à début très tardif	– Vérifier si la prépondérance de jeunes hommes migrants du Royaume-Uni dans le Sud et l'est de Londres peut	Sexe : – Chez les britanniques, ratio d'hommes inférieur aux femmes (18 %), -Chez les immigrants, ratio supérieur chez les hommes que chez les femmes (52 %)

		expliquer l'excédent de schizophrénie à début très tardif chez les jeunes hommes migrants – Vérifier s'il y a un lien entre l'isolement social, et le sexe et le genre des groupes (migrants vs locaux)	Âge du début de la maladie : Début plus tard chez les britanniques que chez les immigrants. Isolement social : Pas de différence quant à l'isolement social entre les britanniques et immigrants. La majorité des gens habitent seuls. Les hommes sont moins nombreux que les femmes à être mariés.
Reeves et al., 2001	Échantillon total de 61 patients ayant une schizophrénie à début très tardif -25 personnes d'origine britannique -26 Africains ou Caribéens -10 immigrants d'autres pays	– Établir l'incidence de schizophrénie à début très tardif dans le sud de Londres – Vérifier l'hypothèse que l'incidence serait supérieure chez les africains et chez les caribéens que chez les britanniques	– Sexe : – Taux de schizophrénie à début très tardif chez les femmes étaient 12 fois supérieur chez les africains et caribéens que les britanniques, et 24 fois supérieures chez les hommes. Ethnie : -172,4 cas chez les hommes immigrants par cent mille personnes, comparativement à 7,21 cas chez les Britanniques de sexe masculin. Chez les femmes immigrantes. 323,5 cas par cent mille personnes, comparativement à 25,01 cas chez les Britanniques de sexe féminin
Reeves et al., 2002	Échantillon total de 54 patients ayant une schizophrénie à début très tardif	Vérifier les différences présentes de genre et d'ethnicité dans les contacts avec les services de santé et leur psychopathologie	Genre/sexe : -41 femmes et 13 hommes dans cet échantillon, soit 75 % de femmes dans la cohorte. – Les hommes sont plus enclins à venir de façon forcée à l'hôpital et à ne pas continuer les suivis à l'externe. Les autres aspects, tels que l'âge du début de la maladie et sa durée, l'éducation, la

symptomatologie et le nombre d'admissions à l'hôpital sont semblables pour les deux sexes.

– Les hommes étaient plus nombreux chez les immigrants caribéens, que chez les britanniques (9 hommes versus 2).

Ethnies :

– De ces 54 patients, 22 sont britanniques (41 %), 22 sont caribéens (41 %), 2 africains et 8 d'autres ethnies.

– Les Caribéens sont plus jeunes, et le début de la maladie débute à un plus jeune âge aussi. Une plus grande proportion de Caribéens arrivaient de façon forcée à l'hôpital. Aucune différence entre les ethnies quant à la psychopathologie.

Stafford et al., 2019	3007 personnes nées entre 1920 et 1929, en Suisse.	378 – Délimiter l'épidémiologie de la schizophrénie à début très tardif – Examiner la variation de l'incidence en relation avec les différents potentiels facteurs de risque de la schizophrénie à début très tardif	– Plus grande incidence chez les femmes, et augmentation de l'incidence chez les femmes de 80 ans – Incidence plus élevée chez les gens nés après la 2 ^e guerre mondiale et exposés à cette dernière – Plus grande incidence chez les immigrants de l'Afrique et de l'Europe – Plus petite présence de déficits sensoriels – Plus haute incidence chez les gens n'ayant ni enfant ni partenaire, chez ceux chez qui leurs enfants ont une histoire de trouble psychotique, et chez ceux qui ont expérimenté récemment la mort du partenaire ou mort d'un enfant en bas âge.
Tan et Seng, 2012	-32 patients ayant un diagnostic de	Présenter les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des	Chez ceux ayant une schizophrénie très tardive : – Plus grande prévalence de femmes dans l'échantillon (80 %)

schizophrénie à début très tardif
 -6 patients ayant une schizophrénie à début tardif
 -17 patients ayant un trouble délirant à début tardif

à ainées ayant un premier épisode psychotique, pour en arriver à une meilleure compréhension de la psychose tardive

- Présence d’agression physique ou verbale avant leur admission chez plus de la moitié de la cohorte.
- La majorité est mariée et/ou vit avec des membres de la famille
- La majorité a peu d’autocritique face à leurs symptômes et à leur besoin de traitement. Leurs enfants étaient souvent eux qui les réfèrent vers les services.

Revue systématique

Stafford et al., 2018	41 articles ont été utilisés dans cette méta-analyse.	Investiguer quant aux incidences des troubles psychotiques, affectifs et non affectifs d’apparition très tardive – Examiner la variation de l’incidence en lien avec les facteurs de risque relevés dans la littérature	Incidences des troubles psychotiques, selon l’âge et le sexe : – Incidence plus élevée chez les femmes que les hommes, selon 5 études sur le sujet – Incidence qui devient de plus en plus élevée avec l’âge, selon 3 études – Selon une étude, incidence plus prononcée lors de la période du jeune adulte, et une autre augmentation à l’âge de 65 ans Selon une étude, augmentation de l’incidence chez les femmes et les hommes après l’âge de 60 ans Une autre étude affirme que légère diminution de l’incidence avec l’âge chez les hommes, mais augmentation chez les femmes.
			Schizophrénie – Les estimations regroupées (41 estimations) affirment que l’incidence est plus élevée chez les femmes que les hommes.

- Selon trois études, incidence plus élevée chez les femmes et hommes de plus de 65 ans, mais trois autres études affirment que l'incidence diminue avec l'âge.
- Selon une autre étude, augmentation de l'incidence jusqu'à l'âge de 80 ans, l'incidence diminue par la suite.
- Selon une autre étude, l'incidence diminue de 65 à 75 ans, suivie d'une augmentation chez les deux sexes.
- Dans certaines études, il n'y avait pas de tendance cohérente quant à l'âge, ou les recherches différaient avec le temps.

Incidence selon le statut d'immigrant :

- Généralement, incidence plus élevée chez les ethnies à peau noire.
- Selon une étude, plus haute incidence d'africains que de britanniques, mais incidence plus basse comparativement aux gens du Bangladesh.
- Selon une étude, incidence plus élevée chez les migrants blancs ayant migré à New York VS dans les autres régions des É.-U.

Résultats les plus constants entre les études :

- Plus grande incidence chez les femmes que chez les hommes
- Plus haut taux de troubles psychotiques chez les migrants.

Suen et al., 2019	Total de 27 ouvrages a été recensés dans cette étude, dont 7 articles seulement sur le type de schizophrénie à début très tardif.	Examiner la présentation clinique de la psychose d'apparition tardive et de schizophrénie à début très tardif en étudiant leurs effets psychopathologiques, neuropsychologiques, neurobiologiques, psychosociaux et psychologiques.	Différence avec la schizophrénie vieillie : <ul style="list-style-type: none"> – Prépondérance marquée chez les femmes – Moins de risque au niveau de la génétique (reflété par un historique familial moins marqué), – Plus grande présence et plus grande sévérité de symptômes paranoïdes et persécutoires <ul style="list-style-type: none"> – Les gens ayant une schizophrénie à début très tardif auraient un historique d'événements indésirables vécus dans leur vie et plus de perte que les groupes contrôles. – Avoir l'impression que nos relations interpersonnelles sont inadéquates/insatisfaisantes serait un stresser pouvant contribuer à l'apparition de la maladie.
Revue narratives			
Cort et al., 2018	N/A	Prodiguer un aperçu clinique de la schizophrénie à début très tardif, résumer les options de traitement possibles et exposer le rôle des infirmières en psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> – Davantage présent chez les femmes que les hommes – Moins associé à la génétique familiale – Moins associé aux traumatismes vécus durant l'enfance – Présence de déficits sensoriels – Isolement social – Faire partie d'une minorité ethnique
Howard et al., 2000	Aucun échantillon. Présence de 17 représentants en sciences pour débattre sur la pertinence clinique des types de schizophrénie	Clarifier la position des experts quant à l'utilisation des termes « schizophrénie à début tardif » et « schizophrénie à début très tardif »	<ul style="list-style-type: none"> – Plus grand nombre de femmes que d'hommes – Moins héréditaire – Isolement social – Déficience sensorielle (ex. : surdité de longue date) – Traits de personnalité schizoïde ou paranoïde – Facteurs de risque, mais qui n'ont pas été étudiés systématiquement pour les débuts tardifs de la

			maladie : retraite, difficultés financières, deuil, morts de proche, difficultés physiques
			– Facteurs de risque sont moins associés à l'éducation, l'occupationnel et au fonctionnement psychosocial que la schizophrénie typique
Howard et Reeves, 2003	N/A	Examiner les données existantes sur la schizophrénie à début très tardif et suggérer des directions à prendre pour les recherches dans le futur.	– Plus grande prévalence de femmes – Moins grande incidence due à la génétique – Déficits sensoriels, surtout surdité de longue date – Fonctionnement occupationnel, éducationnel et psychosocial sont moins altérés chez ceux ayant une schizophrénie � début très tardif que ceux ayant une schizophrénie typique
Reeves et Brister, 2008	N/A	Présentation et traitement pour psychoses dans les maladies chroniques chez les aînées	– Apparition de la maladie serait due à d'autres affectations neurodégénératives (ex. : accident cardio-vasculaire, tumeurs) – Incidence moins élevée au niveau de la présence de la maladie dans la famille – Incidence moins élevée quant à l'inadaptation et les difficultés vécues durant l'enfance – Prépondérance chez les femmes plus élevée – Déficit sensoriel

Tableau B2. Caractéristiques méthodologiques des études retenues pour la variable « Symptomatologie »

Étude Type de l'étude	Caractéristiques de de l'échantillon	Objectif de l'étude/ce qui est mesuré	Résultats
Études scientifiques			
Alici-Evcimen et al., 2003	27 patients -5 ayant un diagnostic de schizophrénie vieillie -8 des avec un début tardif -6 avec un début très tard -8 patients avec un trouble délirant.	Décrire l'expérience et les caractéristiques des patients ayant un trouble psychotique tardif, suivi sur une période de 9 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients avec une schizophrénie très tardive sont ceux qui ont montré une plus grande amélioration au niveau des symptômes, avec 5 patients sur 6 avec une amélioration complète ou presque à leur sortie. - Les idées de persécutions sont les idées délirantes qui étaient les plus présentes pour tous les groupes - Délires nihilistes, délires de pauvreté ou de culpabilité, retrait de la pensée, insertion de la pensée et pensée de la diffusion n'ont été vus dans aucun des patients. - Les délires qui <u>n'ont pas été vus</u> dans la schizophrénie à début très tardif: Délire de grandeur, mystique, érotomane.
Girard et Simard, 2008	1767 patients	Investiguer quant à la prévalence et aux symptômes initiaux de la schizophrénie à début tardif et très tardif	<p>Symptômes positifs fréquents :</p> <ul style="list-style-type: none"> -100 % hallucinations : 75 % visuelles, 77 % auditives -100 % idées délirantes : 83 % idées de persécution -92 % trouble du comportement : 83 % conduites inadéquates en public, 46 % comportement agité ou agressif -100 % troubles de la pensée formelle : 38 % incohérence, 38 % discours circonlocutoire, 31 % discours tangentiel <p>Symptômes peu fréquents : hallucinations olfactives, certains types de délire (de culpabilité, de jalousie, mystique), symptômes liés à de la désorganisation (comportement stéréotypé), symptômes négatifs (affect plat ou inapproprié, pauvreté du discours)</p>

Girard et Simard, 2012	-17 patients ayant une schizophrénie à début très tardif -17 patients ayant une schizophrénie vieillissante	Comparer les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie très tardive versus la schizophrénie vieillissante dans le but de valider la nosologie proposée par le consensus international sur la schizophrénie à début très tardif.	Symptômes davantage présents chez ceux ayant une schizophrénie vieillissante que ceux ayant un début très tardif : hallucinations, délires, troubles comportementaux, idées de référence et idées de grandeur, voix mandatoires, idées mystiques ou religieuses, idées de diffusion, comportement stéréotypé ou agressif. Chez ceux ayant une schizophrénie très tardive : – Présence d'idées de référence dans la majorité de l'échantillon (16 sur 17) – Présence d'idées de grandeur, d'idées mystiques ou religieuses, idées délirantes d'influence et de diffusion de la pensée dans plus de la moitié de l'échantillon. – Présence d'hallucinations auditives dans la majorité de l'échantillon (14/17) – Plus grande présence d'idées de persécution – Présence d'apathie et d'anhédonie chez les deux groupes
Hanssen et al., 2015	-286 personnes avec une schizophrénie vieillissante (85 %) -24 personnes avec une schizophrénie tardive (7 %) -28 personnes avec une schizophrénie très tardive (8 %)	Comparer le portrait et les caractéristiques cliniques et neuropsychologiques de la schizophrénie vieillie, tardive et très tardive.	Chez ceux ayant une schizophrénie très tardive : – Moins haut taux de rémission – Les symptômes positifs sont plus sévères et les épisodes psychotiques plus longs, mais moins nombreux. – Aucune différence entre les 3 groupes pour les symptômes négatifs. – Aucune différence entre les trois groupes au niveau du QI, mémoire, attention et fonctions exécutives.

Mazeh et al., 2005	-21 patients ayant une schizophrénie très tardive - 21 patients ayant une schizophrénie vieillissante	Évaluer l'évolution des symptômes et le fonctionnement de la personne atteint de schizophrénie très tardive versus ceux ayant une schizophrénie vieillissante	État cognitif stable et un bon fonctionnement au quotidien, comparativement à ceux ayant une schizophrénie vieillissante. (Aggravation de l'état cognitif chez seulement un sujet pour le groupe ayant une schizophrénie à début très tardif, versus aggravation de l'état pour 9 des 19 patients ayant une schizophrénie vieillissante)
McCulloch et al., 2006	-13 aînées ayant une schizophrénie à début très tardif -13 aînées ayant une dépression -15 aînées en santé (groupe contrôle)	Investiguer quant au niveau de bien-être psychologique de la personne ayant une schizophrénie à début tardif, et valider la présence d'un système de défense émotionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau de bien-être psychologique moindre chez les aînées ayant une schizophrénie versus le groupe contrôle quant aux dimensions <i>Maitrise de son environnement</i> et <i>Objectif de vie</i>. Résultat moins élevé que le groupe contrôle quant à la dimension <i>Relations positives avec les autres</i> - Pas de changement dans le temps quant à leur niveau de bien-être. - Aucun signe de dépression manifesté et plus haut taux d'estime de soi que ceux ayant une dépression - N'ont pas l'impression que les autres les perçoivent davantage négativement, que ce qu'ils perçoivent d'eux-mêmes.
Moore et al., 2006	-29 patients ayant une schizophrénie à début très tardif -30 patients ayant une dépression tardive (après 60 ans) -30 patients en santé	Explorer l'étiologie cognitive de la formation et du maintien des idées de persécution chez la personne ayant une schizophrénie à début très tardif.	<ul style="list-style-type: none"> - QI et mémoire de travail inférieurs aux patients en santé - Tâches de mentalisation : ceux ayant une schizophrénie à début très tardif ont fait davantage d'erreurs que les aînés en santé - Ceux ayant une dépression tardive ou une schizophrénie très tardive tendent à attribuer les événements négatifs aux autres personnes, sont moins en mesure d'attribuer les bonnes intentions aux autres.

Reeves et al., 2002	54 personnes ayant une schizophrénie à début très tardif	Examiner les associations de genre et d'ethnicité avec le contact des services de santé et la psychopathologie dans la schizophrénie à début très tardif.	<p>-38 % de l'échantillon avaient des symptômes de types paranoïdes.</p> <p>-15 % d'entre eux avaient des hallucinations et 8 % avaient des idées de persécution.</p> <p>– Absence de symptômes négatifs et de trouble de la pensée dans l'échantillon.</p> <p>-23 % avaient développé des déficits cognitifs</p>
Rodriguez-Ferrera et al., 2004	Total de 72 personnes âgées de plus de 60 ans vivant en communauté. -26 aînés ayant une schizophrénie à début très tardif -46 aînés ayant une schizophrénie ayant débuté avant 60 ans.	Établir un portrait de la psychopathologie, du fonctionnement social et des déficits au niveau cognitif chez aînées en communauté vivant avec des symptômes de la schizophrénie – Vérifier les différences présentes chez ceux ayant une schizophrénie émergeant avant et après 60 ans.	<p>-54 % des gens ayant une schizophrénie très tardive ont vécu des symptômes positifs de la maladie dans le dernier mois, versus 35 % chez ceux ayant une schizophrénie vieillie. La différence n'est pas significative.</p> <p>-11 % des gens ayant une schizophrénie très tardive ont vécu des symptômes dépressifs dans le dernier mois, versus 17 % chez ceux ayant une schizophrénie vieillie. La différence n'est pas significative.</p> <p>– Ceux ayant une schizophrénie vieillissante ont vécu plus de symptômes négatifs que ceux de type très tardif.</p> <p>-26 % de ceux ayant un début très tardif de la maladie avaient des déficits cognitifs. La différence n'est pas significative avec la schizophrénie vieillissante.</p> <p>– Aucune différence significative entre la schizophrénie vieillie et la schizophrénie très tardive quant au déclin cognitif.</p> <p>– Plus grande présence de déficit auditif chez ceux ayant un début très tardif de la maladie versus ceux avec une schizophrénie vieillie</p>
Son et Kee, 2011	Une femme coréenne de 67 ans, sans antécédent de	Présenter les étapes qui ont mené à un diagnostic de	Symptômes manifestés : hallucinations auditives, idées de référence (voisins ont mis caméra dans la maison), idées de persécution (sûre que ses voisins vont la tuer)

	problèmes psychiatriques ni d'antécédents familiaux, pas de consommation excessive d'alcool. Symptômes psychotiques qui se sont manifestés suite à un cancer.	schizophrénie à début très tardif – Discuter du traitement efficace de la maladie	
Tan et Seng, 2012	-32 patients ayant un diagnostic de schizophrénie à début très tardif -6 patients ayant une schizophrénie à début tardif -17 patients ayant un trouble délirant à début tardif	Présenter les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des aînés ayant un premier épisode psychotique, pour en arriver à une meilleure compréhension de la psychose tardive.	Chez ceux ayant une schizophrénie très tardive : – Plus haut score au niveau de l'intensité des symptômes positifs et négatifs, et une plus grande proportion avait des hallucinations – Hallucinations chez la majorité des gens : hallucinations auditives sont les plus communes, principalement de la 2 ^e personne (43,6 %), et hallucinations visuelles en deuxième position. – La majorité présente des idées délirantes, idées de persécution étant les plus communes. Les voisins sont souvent ceux concernés dans les idées délirantes des patients (36,4 %). 9,1 % des sujets ont des idées de partition. – Trouble de la pensée formelle et symptômes négatifs sont rares.
Van Assche et al., 2019	-57 patients ayant une schizophrénie très tardive	Étudier la phénoménologie des symptômes psychotiques ainsi que	Chez ceux ayant une schizophrénie à début très tardif : – Quasi tous les participants avaient pour symptômes des idées délirantes, majoritairement idées de persécution et de partition. Ces idées étaient reliées à de vraies

	-49 patients ayant une démence -35 patients ayant l'Alzheimer	le profil neuropsychologique pour en arriver à différencier les diagnostics.	expériences vécues par ces personnes, et étaient associées aux hallucinations. – Hallucinations visuelles et auditives dans la grande majorité, et multimodales dans plus de la moitié des cas (25) – Hallucinations visuelles (34) : Étaient souvent de personnes qu'elles connaissaient, ou des animaux. Parfois, présence de lumière et de laser. – Hallucinations auditives (20) : voix d'humains ou de bruits faits par les voisins faits délibérément pour déranger le patient. – Hallucinations tactiles (8) : chocs électriques, pression, chaleur, douleur, démangeaisons) – Hallucinations gustatives (2) : gout mauvais de café ou nourriture, interpréter comme un signe d'empoisonnement – Hallucinations olfactives (2) : Odeur chimique, suspectée d'avoir été volontairement introduite dans l'appartement par la ventilation
Van Liempt et al., 2017	Total de 120 aînés âgés de plus de 60 ans -73 aînés atteints de schizophrénie -47 aînés atteints d'un trouble bipolaire	Déterminer les facteurs pouvant prédire le niveau de fonctionnement social chez les aînés atteints de schizophrénie ou d'un trouble bipolaire	– Les gens ayant une schizophrénie à début très tardif démontraient de meilleurs résultats quant au niveau du fonctionnement social – Un début de la maladie plus hâtif, la présence de symptômes négatifs et la présence de symptômes dépressifs sont associés à un niveau plus pauvre quant à son fonctionnement social.
Revue systématique			
Belbeze, et al., 2020	Présence de 5 articles portant sur	Établir une classification phénoménologique des	Chez ceux ayant une schizophrénie à début très tardif :

phénoménologie des symptômes psychotiques d'apparition très tardive.

symptômes psychotiques au sein des principales pathologies neurodégénératives et psychotiques tardives.

– Tableau clinique habituel : peu ou pas de symptômes négatifs ou de désorganisation comportementale, cognitive ou émotionnelle.
 – Hallucinations : Prévalence de 75,4 %, multimodales dans 43,9 % des cas : 59,6 % hallucinations visuelles, 54,4 % acoustiques (surtout voix de proches ou d'inconnus, à la 2^e ou 3^e personne, menaçantes, moqueuses, donnant des ordres, verbales dans 64,5 % des cas, et 14 % hallucinations tactiles (surtout à connotation sexuelle)
 – Idées délirantes : Prévalence allant jusqu'à 96,5 % des cas. Élément central de la schizophrénie très tardive. Prévalence de 91,2 % d'idées délirantes de persécution, 36,8 % d'idées délirantes de partition/cloison

Suen et al., 2019 Revue systématique	Un total de 27 ouvrages a été recensé dans cette étude, dont 7 articles seulement sur le type à début très tardif.	Examiner la présentation clinique de la psychose d'apparition tardive et de schizophrénie à début très tardif en étudiant leurs effets psychopathologiques, neuropsychologiques, neurobiologiques, psychosociaux et psychologiques.	Psychopathologie : deux études disponibles (Hanssen et al. 2015 et Reeves et al., 2002). Grande présence de symptômes paranoïdes, d'idées de persécution et d'hallucinations. Aucune des personnes des deux études n'avait de symptômes négatifs ou de trouble de la pensée. Plus de symptômes positifs que chez ceux ayant une schizophrénie vieillissante. Psychosociale et psychologique : Plus d'événements négatifs vécus que les autres aînées et niveau de bien-être inférieur à eux. Plus grande tendance à avoir une évaluation négative de soi, mais pas de symptômes dépressifs et plus grande estime que ceux ayant une dépression tardive. Neuropsychologie : Intelligence moindre, une moins bonne mémoire de travail, moins en mesure d'attribuer les bonnes intentions aux autres, moins bonne attention.
---	--	---	---

			Détérioration cognitive selon trois études. Hétérogénéité des résultats quant à la présence de démence chez ceux ayant une schizophrénie à début très tardif
Yang et al., 2021	17 ouvrages sur le sujet ont été recensés dans cette revue systématique	Examiner les profils cognitifs et l'évolution longitudinale des fonctions cognitives chez les patients atteints de la schizophrénie à début très tardif	<p>– Versus les aînés en santé, ceux ayant une schizophrénie très tardive ont des déficits cognitifs, des difficultés au niveau du raisonnement, de la perception, du langage, de la mémoire et des rappels. La différence entre la schizophrénie vieillissante, tardive et très tardive est non significative.</p> <p>– Ceux ayant une schizophrénie très tardive ont moins de difficultés au niveau de la mémoire, des compétences visuoconstructives, et de l'apprentissage, versus ceux ayant une maladie neurodégénérative.</p> <p>– Comparativement à ceux ayant une schizophrénie vieillissante ou tardive, ceux ayant une schizophrénie très tardive démontrent une plus faible vigilance, une moins bonne précision au niveau de l'attention, mais de meilleurs résultats quant aux tâches avec changement de réponse.</p> <p>– Versus les aînés en santé du même âge, ceux ayant une schizophrénie très tardive présentent un déclin cognitif plus important et plus de chance de développer une démence. Aucune différence quant au déclin cognitif et la présence de démence n'a été trouvée entre les différents types de schizophrénie.</p>
Revue narratives			
Cort et al., 2018	N/A	Prodiguer un aperçu clinique de la schizophrénie à début très tardif, résumer les	<p>– Absence de symptômes négatifs et de trouble de la pensée</p> <p>– Plus grande présence de perturbations sensorielles</p>

		options de traitement possibles et exposer le rôle des infirmières en psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> – Présence de croyances délirantes et stressantes pour la personne ainsi que des hallucinations, plus souvent de nature de persécution. – Présence d'idées de partition – Processus à deux phases : <ol style="list-style-type: none"> 1- Suspicion, irritabilité et idées de référence. 2- Hallucinations visuelles et auditives, interprétation délirante des événements
Howard et al., 2000	N/A	Clarifier la position des experts quant à l'utilisation des termes « schizophrénie à début tardif » et « schizophrénie à début très tardif »	<ul style="list-style-type: none"> – Plus d'hallucinations visuelles, tactiles, olfactives et d'idées de persécutions. – Plus susceptibles de faire des commentaires suite à hallucinations auditives de voix abusives ou accusatrices. – Moins susceptibles d'avoir des troubles de la pensée et des symptômes négatifs (dont affect plat ou émoussé) <p>Symptômes/impacts au niveau de la sphère cognitive : Moins performants au niveau des fonctions exécutives, de l'apprentissage, de la motricité et des capacités verbales ainsi qu'au niveau des déficits fonctionnels généralisés.</p>
Howard et Reeves, 2003	N/A	Examiner les données existantes sur la schizophrénie à début très tardif et suggérer des directions à prendre pour les recherches dans le futur.	<p>Symptômes davantage présents chez ceux ayant un début très tardif de la maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hallucinations visuelles, tactiles et olfactives, délires de partition, présence d'hallucinations auditives accusatoires ou abusives, ou présence d'une tierce personne faisant des commentaires – Moins enclins à avoir des troubles de la pensée formelle, ou d'avoir un affect plat ou émoussé. Les symptômes négatifs sont très rares.
Reeves et Brister, 2008	N/A	Présentation et traitement pour psychoses dans les	Comparativement à la schizophrénie à début normal : <ul style="list-style-type: none"> -Moindre présence des troubles de la pensée -Symptômes négatifs habituellement absents

	maladies chroniques chez les aînées	-Symptômes positifs habituellement très présents, au même titre que les autres types de schizophrénie.
Trachsel et Von Gunten, 2011	N/A Mettre à jour les connaissances actuelles et la prise en charge des patients schizophrènes âgés - Revoir la prévalence, le portrait clinique et l'étiopathogénie des schizophrènes âgés	Chez ceux ayant une schizophrénie très tardive : - Moins de trouble du cours de la pensée - Absence de résonance affective - Plus d'hallucinations que dans les autres types de schizophrénie - Symptômes négatifs moins prononcés que les autres types de schizophrénie - Symptomatologie de type paranoïde la plupart du temps - Peu d'étude sur l'évolution de la maladie et des symptômes.

Appendice C

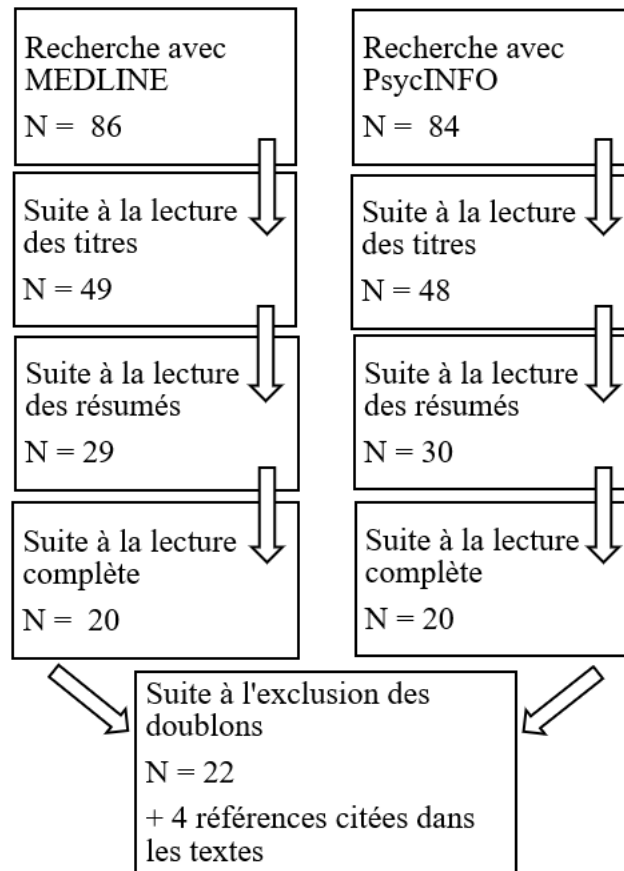


Figure 1. Méthode de recherche

Appendice D

Lexique

Apathie : Un manque de sentiment ou d'émotion ; impassibilité ou indifférence affective (Gouvernement du Canada, 2022).

Anhédonie : Incapacité à ressentir du plaisir ou perte d'intérêt pour les activités quotidiennes (Gouvernement du Canada, 2022).

Délire nihiliste : La personne croit qu'une catastrophe majeure va survenir (American Psychiatric Association, 2015).

Délire de cloison ou de partition : Délire défini comme une perte de la capacité des murs, sols, plafonds et portes à isoler, laissant passer des personnes, animaux, objets, et entraînant un vécu d'intrusion où la personne se sent observée, attaquée, volée, ou même violée (Belbeze, 2020 ; Cort et al., 2018).

Diffusion de la pensée : La personne a la sensation que ses pensées irradient de son esprit et peuvent être captées par d'autres personnes (IUSMQ-CHU de Québec, 2014)

Discours circonlocutoire : Trouble du langage où le patient fait référence à un objet, un événement ou une personne, décrivant ses caractéristiques au lieu d'utiliser son nom (Taylor et Vaidya, 2009).

Idées de référence : Délire selon lequel les événements, les objets ou les autres personnes de l'environnement immédiat du sujet ont une signification particulière et inhabituelle. Ces idées délirantes sont généralement négatives ou péjoratives, mais elles peuvent aussi impliquer des thèmes de grandeur (American Psychiatric Association, 2015).

Idées délirantes de type érotomaniacale : Idées délirantes dont le thème central est qu'une personne est amoureuse du sujet (American Psychiatric Association, 2015).

Idées délirantes de type mégalomaniacale : Idées délirantes dont le thème central est la conviction d'avoir un grand talent (mais non reconnu), ou une compréhension profonde des choses ou d'avoir fait des découvertes importantes (American Psychiatric Association, 2015).

Idées délirantes de jalousie : Idée délirante dont le thème central est que le conjoint ou l'être aimé du sujet est infidèle (American Psychiatric Association, 2015).

Idées délirantes de persécution : Idée délirante dont le thème central est que le sujet croit être la cible d'un complot, d'une escroquerie, d'espionnage, d'une filature, d'un empoisonnement, de harcèlement, de calomnies ou d'une obstruction à la poursuite de ses projets à long terme (American Psychiatric Association, 2015).

Idées délirantes somatiques : Idée délirante dont le thème central concerne des fonctions ou des sensations corporelles (American Psychiatric Association, 2015).

Hallucination tactile : Hallucination impliquant le sens du toucher, souvent de quelque chose qui se trouve sur ou sous la peau [et qui] est presque toujours associé à une interprétation délirante de la sensation (Gouvernement du Canada, 2022).

Hallucination acoustique ou auditive : Perception sonore pathologique non associée à un stimulus sonore réel. Les hallucinations auditives sont éprouvées généralement comme des voix familières ou étrangères, qui sont perçues comme distinctes des propres pensées du sujet (Gouvernement du Canada, 2022).

Hallucination visuelle : Perception visuelle d'un stimulus extérieur qui n'existe pas. Elles sont traditionnellement divisées entre phénomènes élémentaires (lumières, taches colorées, flashes) et

phénomènes plus complexes (objets, personnages, animaux, scènes plus ou moins animées) (Gouvernement du Canada, 2022).

Néologisme : Mots inventés par la personne. Ces mots n'ont aucun sens pour les autres, mais sont investis d'une signification symbolique pour elle (IUSMQ-CHU de Québec, 2014).

Salade de mot : Les mots sont assemblés de manières aléatoires sans lien logique (IUSMQ-CHU de Québec, 2014).

Appendice E

Études de cas

Tirées de l'article de Son et Kee (2011) :

Une femme coréenne de 67 ans, sans antécédent de problèmes psychiatriques ni d'antécédents familiaux ni d'antécédents de consommation, présente pour la première fois des symptômes psychotiques. Les symptômes se sont manifestés suite à un diagnostic de cancer de la bouche et des traitements qui ont suivi. À ce moment, Mme a commencé à entendre une voix d'homme qui commentait tous ses mouvements et Mme se sentait persécuté par l'idée que ses voisins volent sa maison suite à son décès. Mme a rapporté que des caméras cachées la surveillaient dans son domicile et que ses voisins allaient la tuer dans son sommeil. Au final, les psychiatres ont observé la présence d'hallucinations auditives, d'idées de référence et d'idées de persécutions.

Tirées de l'article de Cort *et al.* (2018) :

Mme G est une veuve asiatique de 87 ans qui vit avec sa famille. Elle a une vision partielle. Elle n'a pas d'antécédents de troubles mentaux ou problèmes médicaux graves, bien qu'elle soit fragile. Elle crie la nuit en détresse en disant qu'un homme la surveille à travers son plafond. Elle signale que lorsqu'elle se réveille de sommeil, son corps est mouillé et ses vêtements de lit souillés parce qu'il a sexuellement l'agressée. Elle entend ses pas et croit qu'il peut suivre ses mouvements. Elle est en colère contre sa famille parce qu'ils ne l'aident pas. Sa famille est très en détresse, mais elle hésite à demander de l'aide psychiatrique.