

TROUBLES PSYCHIQUES DE LA PERSONNE AGÉE

Dossier documentaire – Avril 2019

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS, conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.

Rédacteur : Docteur Claude Magnani Médecin coordonnateur des groupes Qualité® Normands
Relecture : Dr Mairesse Médecin coordonnateur des groupes Qualité® Normands

EPIDEMIOLOGIE : (2)

1. DANS LA POPULATION GÉNÉRALE :

Il y a peu d'étude d'évaluation de la santé psychique des personnes âgées en France mais on note une prévalence des troubles anxieux de 14% chez les sujets de plus de 65 ans non institutionnalisés ; chiffre sous-estimé par l'absence d'outils d'évaluation spécifiques aux personnes âgées.

Le taux de suicide est multiplié par 10 chez les plus de 65 ans

2. EHPAD :

Avec le vieillissement de la population la question de l'accessibilité des personnes âgées aux soins en psychiatrie se pose aux professionnels de la santé mais également du médicosocial.

Les troubles psychiatriques de la personne âgée peuvent amener à une entrée en institution et, à l'inverse, l'entrée en EHPAD, peut en elle-même être à l'origine d'une souffrance psychique.

Une étude de la Drees (Direction de la Recherche, des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques) fait ainsi état d'un taux de 36% de troubles dépressifs et 26% de troubles anxieux dans la population vivant en institution gériatrique.

Pour aller plus loin :

<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/ehpad/mauge.pdf>

3. IMPACT SUR LA MORBI MORTALITÉ

Les troubles psychiatriques ont des conséquences sur la qualité de vie et l'autonomie fonctionnelle des sujets âgés. Ainsi la dépression majore les difficultés fonctionnelles et cognitives des sujets âgés, y compris dans le cas de la maladie d'Alzheimer

On sait également que la présence de troubles psychiatriques comme la dépression majeure, a un impact en termes de morbidité somatique en influant de façon négative sur le cours évolutif et le pronostic de nombreuses pathologies somatiques, notamment des coronaropathies, du diabète ou de la broncho-pneumopathie chronique obstructive, mais aussi sur un risque de mortalité plus précoce.

CLINIQUE : « QUE REGROUPE LA PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE DE LA PERSONNE AGÉE »

1. Les troubles de la motivation : (5)

Les signes les plus classiques à considérer sont :

- L'indifférence affective, intellectuelle et surtout l'indifférence aux échecs, qui s'associe à une banalisation de l'état actuel, une déresponsabilisation. La personne âgée dépendante « baisse les bras ».
- L'examen clinique recherche les pathologies organiques à risque de troubles motivationnels et de perte d'activités dans le quotidien.
- Les troubles neuro musculo squelettiques participent à la fragilité de la personne âgée démotivée
- Les personnes fragiles sont à risque, risque de chute par exemple, mais aussi risque d'hospitalisation et de décès prématuré.

La démotivation est fréquente dans :

- ✚ Les déficits cognitifs
- ✚ La paralysie
- ✚ Perte de plus de 10 kg
- ✚ Maladies endocriniennes ; hyperthyroïdie ++
- ✚ Troubles de la vision
- ✚ Maladies douloureuses, articulaires etc.

Le bilan somatique recherche :

- ✚ La comorbidité
- ✚ Une complication iatrogène :
 - Neuroleptiques surtout les sédatifs,
 - Les benzodiazépines
 - Les bêta bloquants responsables d'asthénie chronique et pseudo dépression
- ✚ La déshydratation et l'hyponatrémie ++

En clinique, il peut être utile aussi de s'aider d'instruments de dépistage, telle l'échelle de démotivation (EAD) de Thomas *et al.*, (Chantoin *et al.*, 2001), validée en français chez les personnes âgées démentes ou non, qui existe en version courte :

Tableau IV
L'échelle d'évaluation de la démotivation (EAD), version courte.
 (Le seuil de démotivation commence à 10)

Répondez aux questions en cochant la case correspondant à votre choix

	Très souvent 1	Souvent 2	Parfois 3	Jamais 4
1. Prend-il/elle des initiatives dans sa vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prend-il/elle des décisions seul(e) sans que vous le fassiez pour lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cherche-t-il/elle à s'occuper au lieu d'attendre que le temps passe tout seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. S'occupe-t-il/elle de sa personne (hygiène, habillements, alimentation) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Les troubles de l'humeur : (6, 7, 8)

Les formes de troubles de l'humeur les plus fréquentes sont :

✚ Dépression :

Les états dépressifs du sujet âgé sont fréquents et de diagnostic difficile souvent considérés comme une conséquence du vieillissement. Les dimensions sociales, psychologiques, environnementales et biologiques sont intriquées. De ce fait ils sont insuffisamment traités et ne bénéficient pas d'une prise en charge globale. La non-reconnaissance des états dépressifs a pour conséquence l'augmentation du taux de suicide surtout après 80 ans. Le risque de passage à l'acte suicidaire est plus important que chez l'adulte jeune. Ces éléments en font un problème de santé publique dans nos sociétés.

Les états dépressifs des personnes âgées, moins expressifs, associent classiquement deux signes fondamentaux : **douleur morale et ralentissement.**

D'autres éléments orientent vers le diagnostic de dépression :

- I. Le sentiment de vide intérieur et de vacuité douloureuse
- II. Les plaintes somatiques et les troubles du comportement
- III. L'angoisse

La dépression peut être la conséquence d'une prise de conscience douloureuse de l'installation des déficits intellectuels. Les mécanismes de défense habituels sont bouleversés et l'estime de soi diminuée. La survenue de la dépression traduit une tentative d'adaptation

Toutes les démences, qu'elles soient dégénératives corticales et surtout sous-corticales et plutôt vasculaires peuvent être associées à des épisodes dépressifs au cours de leur évolution.

Attention aux états dépressifs secondaires :

- I. Dépression au cours d'un état démentiel diagnostiqué
- II. Etat dépressif et maladie d'Alzheimer traitée
- III. Dépression et maladie de Parkinson
- IV. Dépression secondaire à une pathologie somatique
- V. Les formes mélancoliques imposant une hospitalisation en urgence
- VI. Le passage à l'acte suicidaire





L'évaluation de la gravité est un guide dans la mise en place d'un plan de soins. Les instruments d'évaluation de la sévérité sont utiles pour apprécier l'efficacité d'un médicament antidépresseur, mais la plupart ont été établis pour une population adulte et leur usage dans la population âgée est réservé.

Troubles bi polaires (9)






Il va poser de nombreuses difficultés en pratique psychiatrique chez le sujet âgé, qu'il s'agisse d'une manifestation d'apparition tardive ou de récurrences au troisième âge d'un ou de plusieurs épisodes antérieurement reconnus chez un adulte.

Trois situations types chez un sujet âgé présentant un trouble bipolaire:




I. La forme précoce vieillissante

-  Les premiers épisodes apparaissent avant 50 ans.
-  Une composante familiale est habituelle.
-  La symptomatologie, la fréquence des rechutes s'amélioreraient avec l'âge, cela restant toutefois discuté.
-  Le pronostic est donc variable, mais il faut souvent maintenir un traitement ;

II. La forme tardive

-  Les premiers épisodes ont lieu après 45 (ou 50 ans) avec un délai long entre les deux premiers épisodes.
-  Il n'y a pas ou peu de caractère familial, ce qui va de pair avec la possibilité d'éléments organiques notamment neurologiques associés.
-  La symptomatologie est atténuée, mais a tendance à se chroniciser.
-  Le pronostic est plutôt défavorable du fait de la durée des épisodes et d'une certaine résistance au traitement. Les épisodes dépressifs sont plus fréquents que les épisodes maniaques. Elle est toutefois difficile à distinguer de certains épisodes confusionnels où l'excitation domine et qui prennent une allure maniaque.
-  Le pronostic est variable.

III. La manie tardive

-  Elle est *a priori* plus facile à individualiser et à rattacher au trouble bipolaire que les épisodes dépressifs plus hétérogènes dans leurs causes. Elle peut être toutefois difficile, là aussi à distinguer de certains états confusionnels.
-  Il n'y a pas d'antécédent, les liens avec les antécédents familiaux et également le caractère saisonnier apparaissant moins marqués.
-  L'incidence des événements de vie, en revanche, et surtout des altérations somatiques, sont importants et sont vraisemblablement l'élément déterminant pour démasquer un trouble de l'humeur jusqu'ici latent.

Psychiatry in the elderly R.Jacoby & C.Oppenheimer, 2003 : En résumé, la dépression des sujets âgés est souvent associée avec des altérations cognitives mineures qui vont subsister chez une minorité d'entre eux ou être le signe avant-coureur d'une démence irréversible . En pratique, les patients déprimés présentant des altérations cognitives objectivables (MMS < 24) devront de ce fait être suivis après guérison de leur dépression du fait de leur risque accru d'évolution démentielle

3. Les troubles anxieux : (1)

Avec une prévalence à 10% et son association aux troubles dépressifs ; ils se manifestent surtout par une anxiété généralisée et l'agoraphobie.

Les symptômes d'appel les plus fréquents sont les plaintes cognitives, la fatigue et les troubles fonctionnels

L'on retrouve principalement les signes suivants:

- Palpitations, tachycardie. Douleurs précordiales. Augmentation de la pression artérielle.
- Dyspnée, sensation d'étouffement, pesanteur thoracique, bâillements, soupirs, hyperventilation, hyperpnée
- Sensations vertigineuses céphalées, maux de tête, douleurs musculaires, paresthésies, fourmillements des doigts et extrémités, modifications sensorielles Insomnie, sommeil superficiel Difficultés de concentration ou de mémoire. Dépersonnalisation, déréalisation. Hypervigilance, fatigue. Tremblements
- Difficultés de déglutition, dysphagie. Douleurs épigastriques ou abdominales. Diarrhées, aérophagie, bouche sèche. Épreintes, ténésme, tension anale
- Psychologiques : appréhension, anticipation anxieuse d'un malheur à venir, inquiétude, tension corporelle et psychique, peur, irritabilité, impatience, angoisse, panique
- Comportementaux : Inhibition, agitation, maladresse, fuite, évitement, compulsions (rituels, manies, recherche de réassurance d'aide ou de sédation, alcoolisation), agressivité

Attaque de panique :

- Début brutal sans raison apparente ; parfois nocturne ; intensité maximale en quelques minutes ; limitée dans le temps
- Symptômes somatiques au premier plan entraînant des consultations d'urgence : douleurs, étouffement, malaise, vertiges
- Chez le sujet âgé : agitation, demande d'aide urgente, augmentation de TA
- Cognitions marquées par un catastrophisme, sentiment de perte de contrôle, de danger imminent
- Comportements pathologiques de fuite, d'évitement ou de réassurance
- Modifications perceptuelles visuelles, auditives, temporelles, sensations de déséquilibre ou de perte des repères, déréalisation, dépersonnalisation

Anxiété généralisée :

- Évolution chronique (> 6 mois)
- Début à l'âge adulte, parfois à l'occasion d'un stress ou d'un changement important
- Appréhensions continues concernant la vie quotidienne (famille, argent, santé, ...) avec surestimation des probabilités de survenue d'événements négatifs mais néanmoins réalistes
- Contrairement au TOC il n'y a pas de lutte anxieuse contre ces inquiétudes
- Les cognitions anxieuses ont un caractère incontrôlable, à l'origine de troubles de l'attention et de la concentration
- Elles s'accompagnent de symptômes d'hyper vigilance (insomnie, tension musculaire, réactivité accrue, fatigabilité, hyperactivité, agitation)
- Les patients ont souvent une longue histoire de troubles fonctionnels : céphalées, troubles digestifs, rachialgies, insomnie,

Phobies :

- L'anxiété gériatrique se caractérise par l'anticipation de conséquences désastreuses (par exemple, «Si je sors à l'extérieur, je vais paniquer, je vais tomber, je vais me perdre, etc.») provoquant des sensations physiques désagréables (palpitations cardiaques, transpiration abondante, souffle court, etc.) qui empêchent la personne de bien fonctionner.
- Parfois secondaires à des affections médicales: Coronaropathies, troubles neurologiques, anesthésies, pathologies ostéo-articulaires (Phobie de la marche)

Les TOC :

- Consultation souvent tardive ; aggravation avec le temps
- Deux types de symptômes, isolés ou associés
- Les Obsessions : Intrusion subite de pensées d'impulsions ou d'images inappropriées entraînant un inconfort notable du fait de leur caractère incontrôlable, anxiogène ou inacceptable
- Les Compulsions : Comportements, rituels ou actes mentaux (compter, prier) répétitifs que le sujet accomplit pour diminuer son anxiété
- Le patient reconnaît la nature pathologique de ses troubles
- Les troubles interfèrent avec les activités du patient (> 1h /jour) sa vie affective et sociale
- Fréquente association à la dépression
- Amélioration le plus souvent limitée
- Formes invalidantes liées à l'intensité des rituels « lenteur obsessionnelle primitive »

Les troubles post traumatiques :

- L'état de stress posttraumatique (ESPT) (p. ex., un vétéran de la Seconde Guerre mondiale évite les feux d'artifice, car leur bruit lui rappelle la mort de son collègue tué au combat par une bombe

4. Les schizophrénies et délires chroniques :(10)

- Les symptômes psychotiques sont fréquents chez les patients d'âge gériatrique. En plus des troubles psychotiques, on les retrouve dans un grand nombre de maladies somatiques, et lors d'épisodes dépressifs
- Les critères nosologiques entre les différents types de psychose chez l'agé (schizophrénie à début précoce vs tardif, trouble délirant) restent flous et souvent difficiles à corrélérer exactement au tableau clinique observé. Or, un diagnostic précis a une importance pronostique et thérapeutique
- L'introduction d'un traitement neuroleptique doit se faire prudemment et après considération de toutes les variables individuelles à disposition. A noter qu'un traitement n'est pas indiqué si le délire ne nuit pas à la qualité de vie
- La dose de neuroleptique préconisée chez les personnes âgées se situe entre un tiers et une moitié de la dose adulte normale
- De nouvelles études cliniques et psychopharmacologiques restent attendues afin d'améliorer la prise en charge des psychoses de l'agé, les pratiques étant à l'heure actuelle en grande partie basées sur des connaissances empiriques

5. Les addictions :

Alcool : (11)

39 % des personnes âgées de 65 à 75 ans consomment de l'alcool tous les jours. En moyenne, elles boivent deux unités d'alcool à chaque fois, majoritairement du vin

La consommation excessive d'alcool chez les sujets âgés n'est pas exceptionnelle. Les complications peuvent survenir dans le cadre de l'ivresse ou d'un **mésusage chronique**. Les tableaux cliniques sont peu spécifiques et se traduisent le plus souvent par un syndrome gériatrique comme :

- ✚ Les chutes,
- ✚ Des tableaux démentiels,
- ✚ Des pertes d'autonomie ou des troubles psychos comportementales.

L'âge n'est pas une contre-indication à la prise en soins des conduites addictives. Devant tout syndrome gériatrique, le « réflexe alcool » au même titre que le « réflexe iatrogène » doit s'intégrer dans la démarche gériatrique standardisée afin d'apporter une prise en charge adaptée.

L'abstinence de consommation d'alcool est une des modalités de soin de sujets âgés relevant de troubles liés à l'usage d'alcool.

✚ **Médicaments : benzodiazépines et neuroleptiques +++**

Les benzodiazépines et molécules apparentées sont des médicaments qui restent largement prescrits en gériatrie. Cette classe médicamenteuse entraîne de nombreuses complications somatiques et cognitives. Ces traitements restent encore trop prescrits, de façon prolongée, suscitant de nombreuses interrogations sur des liens possibles entre durée d'exposition, survenue d'un déclin cognitif, voire d'un syndrome démentiel et risque d'addiction. La prévention de la iatrogénie induite par les benzodiazépines et apparentées conduit à inciter à une **prescription prudente de ces produits et à encourager le sevrage et à défaut la réduction de la consommation**, quel que soit l'âge du sujet, dans un objectif de réduction des risques.

La iatrogénie chez la personne âgée se décline en 4 types :

- Overuse : médicament « par excès » : Vasodilatateurs Veinotoniques Statines après 85 ans TNT transdermique = paracétamol!
- Misuse : médicament « inadapté » : Benzodiazépine à ½ vie longue Molécules à propriétés anti-cholinergiques Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) Aspirine (ou clopidogrel) + AVK (ou AOD+++)
en cas de pathologie coronarienne stabilisée AOD dans la FA valvulaire AOD si DFG < 30 anti arythmiques, amiodarone etc..
- Underuse : « sous prescription » bêta bloquants, IEC, ranélate de strontium
- Effet « cocktail »

6. Les démences :(12, 13,15)

✚ **La maladie d'Alzheimer (MA)** est le type le plus commun de démence, puisqu'elle représente la majorité des cas dans la population âgée.

La MA se caractérise par un début insidieux et progressif; la mémoire et d'autres domaines de la cognition, dont l'orientation, le langage, le fonctionnement visuospatial et la praxie sont d'abord affectés

La plainte mnésique est inquiétante nécessitant un avis spécialisé si elle est :

- Isolée, mais persistante ;
- Associée à d'autres manifestations

✚ Les changements de personnalité et un déficit marqué de l'attention et de la fonction exécutive évoquent par contre d'autres causes, comme

- Les **démences fronto-temporales (DFT)**.
- Les **démences vasculaires (DV)** marquée par une atteinte motrice précoce
- Les **démences à corps de Lewy (DCL)**.
- La **démence liée à la maladie de Parkinson (DMP)** ou les critères diagnostiques ne sont pas encore tout à fait établis

L'objectivation d'un déclin cognitif significatif est avant tout un diagnostic d'interrogatoire en médecine générale. Le déclin est significatif dès lors que les difficultés rapportées marquent une rupture avec le fonctionnement et le comportement antérieurs du patient.

Le témoignage de l'entourage (tiers fiable), tout comme le ressenti du patient face à des difficultés nouvelles sont des indices importants

Il est rappelé que le **score MMSE** en cas de dépression sévère peut être comparable à celui observé aux stades sévères de la maladie d'Alzheimer, et que le MMSE peut être normal chez une personne souffrant de maladie de MA.

En résumé, les médecins qui adoptent une approche clinique rigoureuse doivent distinguer la MA typique des autres formes de démence. Dans une minorité de cas, il restera un certain degré d'incertitude quant au diagnostic. Le défi est d'identifier chez les patients les diagnostics les plus susceptibles de bénéficier des traitements disponibles.

7. Les troubles particuliers des personnes âgées : (23)

Ce sont des troubles psychiatriques non démentiels :

Le syndrome de glissement

- ✚ Ralentissement psychomoteur
- ✚ Altération de l'état général avec anorexie souvent sévère
- ✚ Pas de demande, pas d'anxiété
- ✚ Repli sur soi parfois refus de soins
- ✚ Perte d'autonomie

Le syndrome de Diogène

- ✚ Accumulation pathologique d'objets, de débris, de déchets divers, envahissant progressivement l'habitat
- ✚ Survient à domicile, mais peut aussi avoir tendance à s'installer en institution

Syndrôme de Charles Bonnet

- ✚ Patient aveugle
- ✚ Visions variées, souvent colorées
- ✚ Adhésion variable
- ✚ Peut être très gênant et perturbateur du comportement
- ✚ Traitements antipsychotiques inefficaces.

Nous pouvons les classer dans 3 situations cliniques différentes :

1. La 1^{ère} en rapport avec le **vieillessement du patient présentant une pathologie psychiatrique chronique** : psychoses chroniques ; troubles de l'humeur (troubles bipolaires et dépression) ; les pathologies anxieuses.
2. La 2^{ème} est liée à **l'apparition d'un trouble psychiatrique chez un patient âgé sans antécédent** avec les questionnements :
 - ✚ Les critères diagnostiques utilisés en général sont-ils pertinents chez la personne âgée ?
 - ✚ Existe-t-il une spécificité clinique de la personne âgée ?
 - ✚ Le 3^{ème} d'ordre thérapeutique : la clinique étant le plus souvent somatique et psychiatrique la prise en charge est pluridisciplinaire.
3. La 3^{ème} est l'apparition des **troubles psycho comportementaux dans l'évolution des démences** : Alzheimer ; maladie à corps de Levy ...

MODALITES THERAPEUTIQUES :

1. Stratégies de traitement et de prise en charge pour répondre aux besoins des personnes âgées en matière de santé mentale

Il est important de préparer les personnels de santé comme les sociétés à répondre aux besoins particuliers des populations âgées, et notamment:

- ✚ De former les professionnels de santé à la gérontologie;
- ✚ De prévenir et de gérer les maladies chroniques associées à l'âge, y compris les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'abus de substances psychoactives;
- ✚ De concevoir des politiques durables pour les soins de longue durée et les soins palliatifs;
- ✚ De mettre en place des services et des cadres accueillants pour les personnes âgées.

La promotion de la santé mentale dépend en grande partie de stratégies qui garantissent que les personnes âgées ont les ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins fondamentaux, tels que:

- + La sécurité et la liberté;
- + Un logement adéquat grâce à une politique du logement efficace;
- + Un soutien social aux personnes âgées et à ceux qui en prennent soin
- + Des programmes de santé et des programmes sociaux ciblés sur les groupes vulnérables, tels que les personnes qui vivent seules, les populations rurales ou les personnes souffrant de maladies chroniques ou de rechutes de maladies mentales ou physiques;
- + Des programmes de prévention de la violence et de la maltraitance des personnes âgées; et
- + Des programmes de développement communautaire.

2. Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses

Conduites face à la dépression

- + Communication thérapeutique,
 - aider le malade qui a de la difficulté à s'exprimer en décodant son langage non verbal.
 - manifester ma capacité de réagir comme si j'étais dans la peau du malade (empathie)
 - rassurer la personne en lui disant que parfois on ne peut s'empêcher de se sentir triste, déprimé.
 - utiliser le toucher affectif pour accompagner mes propos.
 - terminer l'interaction par un résumé réaliste mais qui confirme au malade sa propre dignité.
 - Avant de quitter, suggérer une activité plaisante : d'aider quelqu'un ou de me rendre service ou, tout simplement, d'évoquer une expérience antérieure heureuse.
- + Médicaments :
 - Les personnes démentes se montrent beaucoup plus sensibles aux effets des médicaments.
 - Commencer par de petites doses et surveillance attentive.
 - Choix **d'antidépresseurs ayant un effet anticholinergique minimal**.
- + Thérapie cognitive :
 - Selon l'approche cognitive, la dépression résulte de perceptions négatives et fausses que la personne se fait d'elle-même, de ses expériences et de son avenir.
- + Psychothérapie.

Conduites face à des troubles bi polaires

- + Les démarches thérapeutiques doivent s'envisager différemment chez le sujet âgé que ce soit dans les protocoles de prise en charge et prise en compte des effets secondaires des différents traitements.
- + Il faut envisager, d'une part, le traitement d'un épisode maniaque ou dépressif isolé, d'autre part, les aspects préventifs d'une rechute.
- + Concernant le traitement des épisodes aigus et particulièrement l'accès maniaque, **les régulateurs thymiques et notamment le lithium** restent un traitement de choix.
- + Son effet est reconnu chez le sujet âgé, même si l'on manque de données sur ses effets au long cours au-delà de 65 ans.
- + Des concentrations plus faibles, 0,4 à 0,8 meq/L, sont recommandées car s'avérant souvent suffisantes et limitant les conséquences néfastes sur la fonction rénale.

Conduites face aux démences (24)

Prise en charge non médicamenteuse

Il n'existe pas à l'heure actuelle de médicaments qui guérissent la démence, mais on peut faire beaucoup pour améliorer leur vie et soutenir l'entourage

Même si l'âge est le principal facteur, il semble exister un lien entre le mode de vie et l'apparition des troubles cognitifs :

- + la sédentarité, l'isolement social, l'absence d'activité cognitive...
- + l'obésité, une alimentation déséquilibrée,
- + le tabagisme, l'alcool
- + le diabète de type 2
- + l'HTA à partir de la quarantaine

7 étapes critiques correspondant aux objectifs du parcours de soins :

- + Repérer les premiers signes d'un trouble neurocognitif en médecine générale
- + Établir le diagnostic étiologique et définir les objectifs thérapeutiques de la prise en charge en consultation mémoire
- + Préserver un niveau d'autonomie et de bien-être
- + Préserver l'entourage et soutenir la fonction d'aidant
- + Adapter le suivi médical des patients vivant avec un trouble neurocognitif
- + Prendre en charge les troubles chroniques du comportement
- + Soigner aux stades sévère et très sévère de la maladie.

L'accès limité aux **thérapies psycho comportementales** de qualité et aux programmes d'information, de formation et de soutien destinés à l'entourage familial, le manque d'experts, l'absence de formation des professionnels de santé placent l'usage des psychotropes en traitement de 1re ligne de ces troubles.

La formation et la disponibilité des soignants au domicile comme dans les établissements sont manifestement insuffisantes pour un accès à une prescription raisonnée et pertinente des psychotropes.

Prise en charge médicamenteuse : neuroleptiques et antipsychotiques :

- + Peu de preuve d'efficacité.
- + Effets secondaires graves.
- + Mais derrière agitation, agressivité, idée délirante, hallucination il existe des significations et des causes multiples. Une place dans la pharmacopée dans la gestion aiguë d'une crise.
- + Discuter d'emblée un traitement de fond ou de relais.
- + Posologie des antipsychotiques faibles (risperidone?).

Traitement antipsychotique dans l'agitation, troubles psychotiques dans la démence:

- + Exclure les antipsychotiques est illusoire:
 - Situation urgente, dangerosité
 - Peu d'autres alternatives!
- + Prise en charge non médicamenteuse, manque encore d'études correctement menées
- + Chez les patients qui nécessitent un traitement antipsychotique (agitation, hallucinations, idées délirantes) il est recommandé :
 - De commencer aux doses les plus faibles,
 - D'augmenter progressivement (trouver la juste dose)
 - D'essayer l'arrêt progressif une fois la crise maîtrisée et le bilan étiologique réalisée
 - Plutôt un atypique?

Objectif: optimiser le rapport bénéfice/risque

Traitements pouvant avoir un intérêt dans: les troubles psychotiques, l'agitation/agressivité

- + Antipsychotiques atypiques
- + IRS, trazodone
- + Vaproate de sodium, carbamazépine, gabapentine, lamotrigine
- + Benzodiazépines
- + Inhibiteurs des cholinestérases
- + Mémantine

Conduites face aux troubles anxieux de la personne âgée :

Il existe très peu d'études thérapeutiques sur les troubles anxieux de la personne âgée, notamment pour le trouble anxieux généralisé et le trouble panique.

De même, il y a peu de consensus concernant les durées de traitement chez la personne âgée.

Pour l'anxiété généralisée la prise en charge médicamenteuse se base sur les antidépresseurs ISRS et IRSNA ou sur les agonistes partiels 5HT-A1 (buspirone, dont le délai d'efficacité est de 6 semaines).

La durée minimale de traitement serait d'une année après rémission des symptômes

Pour les **troubles phobiques** la prise en charge médicamenteuse s'appuie sur les antidépresseurs ISRS et IRSNA (citalopram, sertraline, venlafaxine LP). Certains auteurs recommandent un délai de 4 à 6 semaines avant toute augmentation posologique

Pour **les TOC** la prise en charge thérapeutique n'a été que très peu étudiée. Les ISRS et IRSNA sont parfois utilisés avec des doses proches de celles de l'adulte.

CONCLUSION :

L'allongement constant de l'espérance de vie confronte notre organisation des soins à de nouveaux défis, dont la nécessité de mieux répondre à la forte prévalence de troubles psychiatriques constatée chez les sujets âgés. Les troubles de l'humeur sont particulièrement fréquents, notamment au sein des Unités de soins de longue durée (USLD) et des Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) où 1 résident sur 5 présenterait les critères d'épisode dépressif majeur. Or la dépression est associée non seulement à un risque élevé de passage à l'acte suicidaire, mais également à une altération de la qualité de vie, de l'autonomie fonctionnelle et à un impact délétère en termes de morbi-mortalité somatique. De fait, le repérage et la prise en charge spécialisée de ces troubles constituent un véritable enjeu de santé publique. On sait également que les prescriptions de psychotropes sont courantes chez les sujets âgés, alors même qu'ils sont plus vulnérables à leurs effets secondaires. Dans ce contexte, il paraît important de développer une offre de soins spécifique en géro-psycho-geriatrie, en proposant des équipes mobiles ou de liaison susceptibles d'intervenir dans les services de soins et les EHPAD concernés.

GESTION REGIONALE DES TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES PERSONNES AGEES

Des soins de santé généraux et une prise en charge sociale de qualité sont importants pour promouvoir la santé des personnes âgées, prévenir la maladie et prendre en charge les maladies chroniques. La formation de tous les personnels de santé aux problèmes et aux troubles liés au vieillissement est donc importante.

Des soins primaires efficaces de santé mentale au niveau de la communauté pour les personnes âgées sont indispensables. Il est également important de se concentrer sur les soins à long terme des personnes âgées souffrant de troubles mentaux et de fournir aux personnes qui s'en occupent la possibilité de se former et de leur apporter un soutien.

Un cadre législatif approprié et efficace reposant sur des normes de droits de l'homme internationalement acceptées s'impose pour garantir la plus haute qualité de services aux personnes souffrant de troubles mentaux et aux personnes qui s'en occupent.

1. ENSEIGNEMENT :

- + **Professionnels des secteurs sanitaire et médico-social :** Profass Formation, 7, Avenue De Verdun 14000 Caen Tél. : 02 31 34 52 01 [https://www.profass-formation.fr/nos-
formations/accompagnement-des-publics/les-troubles-psychiatriques-chez-la-personne-agee.html](https://www.profass-formation.fr/nos-formations/accompagnement-des-publics/les-troubles-psychiatriques-chez-la-personne-agee.html)
- + **Se former à la gériatrie/gérontologie :** <https://www.seformeralageriatrie.org/listedudiumaster>
- + **DU de Géronto-psychiatrie en enseignement à distance Université Paris 6 - Sorbonne Université**
<https://www.seformeralageriatrie.org/dugpdistance>

2. LES LIEUX DE PRISE EN CHARGE :

+ **STRUCTURES PERSONNES AGEES**

La politique du Gouvernement en faveur des personnes âgées vise, d'une part, à répondre à l'aspiration de la majorité des personnes âgées à continuer à vivre à leur domicile le plus longtemps possible, et, d'autre part, à développer les places en établissement en garantissant une qualité de la prise en charge des personnes dépendantes.

Les SSR

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

En Normandie, les **Soins de Suite et de Réadaptation SSR** sont dispensés dans des centres sanitaires ou des cliniques spécialisées.

Toutes les références sur le site :

<https://www.sanitaire-social.com/annuaire/soins-de-suite-readaptation/normandie>

+ **CENTRE MÉMOIRE DE RESSOURCE ET DE RECHERCHE (CMRR)**

Les Centres Mémoire de Ressource et de Recherche sont des structures nationales, labellisées par les Agences Régionales de Santé, localisées dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). On dénombre, à l'heure actuelle, 28 CMRR en France, soit en moyenne un par région.

Leurs missions consistent à assurer, dans le domaine de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, la coordination et l'organisation de l'enseignement, de la recherche et des soins en concertation avec les "Consultations Mémoire" de la région.

- **Le CMRR de Caen Basse-Normandie :** Chaque année, le CMRR accueille 800 patients, le nombre de consultations médicales dépasse les 1400 et environ 800 consultations neuropsychologiques sont effectuées. Le CMRR de Caen s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire composée de 8 praticiens hospitaliers (4 neurologues, 3 gériatres et 1 psychiatre), 3 psychologues, 2 orthophonistes, 1 assistante sociale. **Avenue de la Côte de Nacre 14033 CAEN cedex 9 Tél. secrétariat : 02 31 06 46 17** <https://www.chu-caen.fr/cmrr.html>
- **Le CMRR de Caen Haute-Normandie**
CMRR, CHRU Charles Nicolle 1 rue Germont 76 031 ROUEN Cedex
Site web : www.chu-rouen.fr/alzheimer

+ **CENTRE ALZHEIMER ; EHPAD:**

L'entrée dans une **maison de retraite Alzheimer** en Normandie est nécessaire quand l'état du malade requiert des soins et une présence en permanence. Toutes les références sur le site :

<https://www.sanitaire-social.com/annuaire/maison-de-retraite-alzheimer/normandie>

✚ UNITE MOBILE PSYCHIATRIQUE DU SUJET AGEÉ :

- **En Normandie occidentale : CAEN**

Elle a trois missions : mission d'évaluation pluridisciplinaire, mission de sensibilisation, d'information et de formation, et une mission de coordination et de travail avec le réseau.

U.M.P.S.A. : Unité Mobile de Psychiatrie du Sujet âgé 15 ter rue Saint-Ouen, BP 223, 14012 CAEN Cedex

Tél : 02 31 30 50 70 (répondeur en cas d'absence) Courriel : umpsa@epsm-caen.fr

- **En Normandie orientale: Centre hospitalier du Rouvray** http://www.ch-lerouvray.fr/Actualite/LE_ROUVRAY_N57.pdf

BIBLIOGRAPHIE ET DOCUMENTATION

1. **Neuropsychologie et troubles psychiatriques** Dr Fabrice Lorin Psychiatre PH au CHU
<https://www.psychiatriemed.com/textes/41-dr-fabrice-lorin/181-gerontopsychiatrie-neuropsychologie-et-troubles-psychiatriques-de-la-personne-agee.html>
2. **Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associée :**
https://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/troubles_psychiatriques_du_sujet_age_donnees_epidemiologiques_et_morbi_mortalite_associee_297057/article.phtml
3. **Troubles du comportement des personnes âgées :**
<http://visionpsychomot.e-monsite.com/medias/files/troubles-psychocomportementaux.pdf>
4. **Syndrome psycho comportementaux aux cours des démences chez la personne âgée :**http://www.arom-age.info/pages/Symptomes_psychocomportementaux_au_cours_des_demences_chez_la_personne_agee-1570213.html
5. **La démotivation du sujet âgé :** <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-2-page-115.htm>
6. **TROUBLES de L'HUMEUR :** <http://papidoc.chic-cm.fr/24troublhumeur.html>
7. **Troubles de l'humeur QUEBEC** <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/troubles-humeur/>
8. **Dépression** <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie7/site/html/cours.pdf>
9. **Le trouble bipolaire chez le sujet âgé** <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-8-page-629.htm>
10. **Troubles psychotiques de l'âge avancé : aspects cliniques** <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-531/Troubles-psychotiques-de-l-age-avance-aspects-cliniques>
11. **L'abstinence alcoolique dans les soins aux aînés méfiant d'alcool :**
https://www.researchgate.net/profile/Lydia_Fernandez/publication/303919408_L'abstinence_alcoolique_dans_les_soins_aux_aines_mefiant_d'alcool/links/575d873108aec91374aef521.pdf
12. **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : HAS 2009** https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-argumentaire.pdf
13. **Guide maladie d'Alzheimer HAS Mai 2018**
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf
14. **Troubles mentaux non démentiels des personnes âgées** <http://www.academie-medecine.fr/troubles-mentaux-non-dementiels-des-personnes-agees/>
15. **Distinguer les différents types de démences :** http://www.stacomunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adpdfs/2006/june2006f/04.pdf
16. **La santé mentale et le vieillissement : actualisé 2009** <http://papidoc.chic-cm.fr/24SanteMentale.pdf>
17. **L'importance de la dépression et les moyens de la dépister chez les personnes âgées** http://www.esculape.com/geriatrie/depression_geriatrie_diag.html

18. **Enseignement de la géronto psychiatrie** <https://www.seformeralageriatrie.org/dugp> <https://www.formavenir-performances.fr/nos-formations/prise-en-charge-du-patient/gerontologie-geriatrie/formation-troubles-psychiatriques-des-personnes-agees-vers-une-meilleure-prise-en-charge/>
19. **La géronto psychiatrie** <http://www.geronto-normandie.org/wp-content/uploads/2015/09/Pr%C3%A9sentation-Dr-Clery-Melin.pdf>
20. **Se former à la gériatrie/gérontologie** : <https://www.seformeralageriatrie.org/listedudiumaster>
21. **Agnès Buzyn présente sa feuille de route** : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/personnes-agees-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour-relever-le-defi>
22. **Discours d'Agnès Buzin Mai 2018** : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180530-discours_cloture_journee_adf-cnsa_du_30_mai.pdf
23. **Pathologies psycho-comportementales du sujet âgé** : [https://psychaanalyse.com/pdf/PSYCHIATRIE_PATHOLOGIES_PSYCHO_COMPORTEMENTALES_DU_SUJET_AGE%20-%20DIAPORAMA%202011%20\(63%20pages%20-%20729%20ko\).pdf](https://psychaanalyse.com/pdf/PSYCHIATRIE_PATHOLOGIES_PSYCHO_COMPORTEMENTALES_DU_SUJET_AGE%20-%20DIAPORAMA%202011%20(63%20pages%20-%20729%20ko).pdf)
24. **Symptômes psychologiques et comportementaux au cours de la maladie d'Alzheimer** http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/2014/SPCD-DIU-2014.pdf