

Psychiatrie de la Personne Âgée

Dossier documentaire

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: Dr Magnani Claude Médecin coordonnateur des GQ de Normandie

Relecture : Dr Mairesse Jean Pierre Médecin coordonnateur des GQ de Normandie

Qu'est ce que la psychiatrie de la personne (PPA) ?

Dans un contexte de vieillissement croissant de la population, il est généralement admis que l'on reconnaît le degré de civilisation d'un peuple à la manière dont il traite ses aînés.

Ce questionnement n'a jamais été autant d'actualité, puisque les personnes âgées de plus de 75 ans sont les principales victimes de l'épidémie de COVID-19.

Dans le contexte de la psychiatrie, les anciens méritent également une attention toute particulière. Ainsi, la psychiatrie du sujet âgé est une surspécialisation relativement récente définie par l'OMS en 1996 comme *“une branche de la psychiatrie qui a pour objectifs généraux de dépister, traiter, évaluer, prévenir tous les types de pathologies psychiatriques du sujet âgé et leurs conséquences”*.

Elle s'intéresse à la fois aux troubles psychocomportementaux des démences et aux troubles psychiatriques de la personne âgée, qu'ils soient de découverte tardive ou “vieillis”.

Place du médecin généraliste :

Presqu'un tiers de leurs **patients** ou patientes présente une pathologie psychiatrique.

- Près de 13 % des consultations chez le médecin généraliste sont liées aux seuls troubles dépressifs et anxieux.
- 72% d'entre eux prennent en charge au moins une personne présentant une dépression chaque semaine

Tirer les conséquences du rôle central des médecins généralistes dans la prise en charge des soins psychiatriques en :

- Renforçant la formation en psychiatrie initiale et continue des généralistes ;
- Imposant au minimum un stage pendant les études au sein d'un service ou d'un établissement de santé mentale ou d'une structure sociale ou médicosociale assurant un accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques ou d'addictions.
- Développant les outils de dépistage à l'usage des médecins généralistes et promouvant leur utilisation régulière ;
- Améliorant la coordination entre médecins généralistes et psychiatres

Contexte actuel :

Chez les personnes âgées, les troubles psychiatriques sont l'une des causes principales de dépendance, et conduisent très souvent au placement en institutions (EHPAD) ou à une hospitalisation.

La crise sanitaire jette un éclairage cru sur ce phénomène : la solitude subie a déclenché chez des personnes âgées des syndromes de glissement

Il est important de renforcer les dispositifs de coordination gériatrique autour de deux priorités :

- mieux identifier les fragilités psychologiques et psychiatriques, souvent aggravées par l'isolement, chez les personnes âgées ;
- mieux assurer la détection et la prise en charge des pathologies somatiques chez les patientes et patients âgés atteints de troubles psychiatriques.

Dossier documentaire

Le vieillissement cérébral

Le vieillissement est un événement physiologique qui commence très tôt dans la vie. L'âge civil, qui nous est donné, ne reflète cependant pas notre âge physiologique. Le vieillissement peut s'accélérer selon nos habitudes de vie. C'est à partir de l'âge de 30 ans que l'on constate une diminution du fonctionnement de nos organes. Le vieillissement conduit ainsi vers 3 états : robuste, polyopathologique et dépendant, ou fragile. L'état de fragilité est réversible. Afin de « bien vieillir », il est donc nécessaire d'être acteur de son vieillissement et non plus de le subir. Les centenaires des « zones bleues » qui, culturellement, ont réalisé un vieillissement actif, sont un exemple de vieillissement réussi et donc du « bien vieillir ».

Ce qui caractérise en premier lieu le vieillissement cérébral est son hétérogénéité. Les formes que revêt le vieillissement cérébral normal sont très variables.

Les changements que l'on peut observer au fil des années dans les niveaux de performances aux tests neuropsychologiques sont différents selon les individus et selon les fonctions cognitives étudiées.

Il est clair, cependant, que ces modifications des performances liées à l'âge sont plus accentuées pour certaines fonctions intellectuelles que pour d'autres. Les capacités de mémoire et d'attention et les fonctions frontales semblent être parmi les plus sensibles au vieillissement.

La grande variabilité quant au moment où se manifeste ce déclin contribue à accentuer cette hétérogénéité.

On a longtemps pensé que le cerveau adulte n'était plus capable de réorganiser ses connexions nerveuses, qu'il ne pouvait plus changer. La réalité est bien différente : <https://www.mnhn.fr/fr/actualites/qu-est-ce-que-la-plasticite-cerebrale>. Pour communiquer entre eux, les neurones forment environ 100 milliers de milliards de connexions synaptiques. Notre cerveau ressemble de ce fait à un énorme réseau électrique constitué d'une quantité apparemment infinie de fils. Les scientifiques ont baptisé ce réseau « le connectome ».

Longtemps considéré comme fixe nous savons que le cerveau adulte subit lui aussi des changements drastiques : c'est la neuroplasticité développementale.

Plus de 40 échelles de détermination de la fragilité ont été proposées dans la littérature. La plus connue et la plus utilisée est l'échelle élaborée par Linda Fried. Elle repose sur un score binaire (vrai ou faux) évaluant cinq critères :

- une perte de poids involontaire ;
- une faiblesse musculaire ;
- une fatigue ;
- la vitesse de marche lente ;

- la faible activité physique.

Si la réponse à trois de ces critères, ou plus, est positive, le sujet sera dit « fragile ». Si aucun critère n'est vrai, il sera « robuste ». Entre les deux, il sera défini comme « pré-fragile ».

Prévention primaire « innée » des centenaires en zones bleues.



Même si des essais sont en cours avec la metformine notamment, le meilleur traitement reste alimentation saine et une hygiène de vie correcte avec activité physique.

Quels sont les facteurs de vulnérabilité et de résistance des troubles affectifs de la personne âgée ?

La personnalité comme facteur de vulnérabilité et de résistance dans les troubles affectifs de la personne âgée :

Les troubles de personnalité altèrent significativement la santé mentale, physique et la qualité de vie au cours du vieillissement. Un risque accru de dépression, de suicide, de démence et d'isolement social est retrouvé chez les personnes âgées.

Les troubles de personnalité sont mal connus chez le sujet âgé alors que leur prévalence est estimée entre 10 et 20 % dans cette population.

La personnalité normale est définie comme **souple et adaptable** à l'inverse de la personnalité pathologique (ou trouble de la personnalité) définie comme **rigide, voire non adaptable**, caractérisée par un style de vie, des attitudes et des comportements considérés comme pathologiques à l'origine de détresse psychologique et de souffrance.

Des liens entre la personnalité et ses troubles avec la santé mentale et physique du sujet existent :

- D'une part, les troubles de personnalité compliquent sérieusement l'évolution et le traitement de comorbidités psychiatriques. Ainsi, il apparaît que la vieillesse soit un terrain favorable à la

décompensation de ces comorbidités et se complique notamment d'épisode dépressif majeur. Les troubles de personnalité peuvent aggraver la symptomatologie d'un épisode dépressif majeur, prolonger sa durée et compliquer sa prise en charge. La relation médecin—malade pouvant être rendue compliquée par les difficultés interpersonnelles engendrées par la personnalité elle-même.

- D'autre part, ils sont impliqués dans la démence, la mortalité et la qualité de vie
- Par ailleurs, il semble exister des liens entre la personnalité et la démence suggérant l'implication de certaines dimensions de la personnalité dans le déclin cognitif et la démence

Quelle place pour le médecin généraliste dans la maladie psychiatrique : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf

Le médecin généraliste (MG) est le coordonnateur du parcours de soin des patients particulièrement en santé mentale. Il connaît le patient dans son environnement, ainsi que son entourage, ce qui lui confère une place déterminante dans le dépistage.

Le MG est le premier interlocuteur en santé mentale, avec 53 à 92% de consultation en première intention, loin devant les psychologues (6 à 28%) et les psychiatres (0 à 22%)

Ce rôle que jouent les médecins généralistes est en phase avec la définition de la Société européenne de médecine générale-médecine de famille qui précise notamment que le médecin généraliste est **le premier contact des usagers avec le système de soins**, qu'il assure la coordination des soins avec les autres professionnels de santé, en développant une **approche centrée sur la personne pour assurer des soins continus et longitudinaux**.

Le médecin généraliste prend, dans certains cas, en charge seul les troubles mentaux fréquents (dépression et troubles anxieux) d'intensité légère à modérée. Que le patient soit connu ou non, cette prise en charge peut être parfois couplée à une orientation vers une psychothérapie. En revanche, une coordination avec des professionnels spécialisés est incontournable dans certaines situations.

Les besoins du médecin généraliste (en accord avec le patient) :

- identifier des professionnels ressources (psychiatres et psychologues libéraux, équipes de psychiatrie) à même de l'accompagner dans la prise en charge ;
- joindre un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale, dans un délai court si l'urgence de la situation l'impose ;
- obtenir facilement et rapidement si besoin, avec l'accord du patient :
 - un rendez-vous pour une consultation ;
 - une intervention de l'équipe de psychiatrie au domicile du patient ou au cabinet du médecin généraliste
 - une prise en charge en hospitalisation, programmée ou non.

Description des troubles psychiques

Une maladie psychiatrique peut se manifester chez le sujet âgé sous des formes atypiques et peut être difficile à différencier du vieillissement physiologique ou d'une maladie somatique. **La dépression**, qui comporte un risque important de suicide et d'évolution chronique, est insuffisamment diagnostiquée et traitée. **Les troubles anxieux** sont souvent sous-estimés et peuvent être à l'origine d'un handicap sérieux. Les **troubles délirants** sont hétérogènes en termes de symptômes psychotiques cliniques, de conséquences comportementales et de causes possibles. Le diagnostic et le traitement d'un **syndrome confusionnel** sont une urgence gériatrique du fait de la mortalité élevée. **L'alcoolisme** est volontiers méconnu et souvent associé à une consommation excessive de médicaments. L'existence de **troubles du sommeil** incite à rechercher une affection somatique ou un trouble spécifique du sommeil tel qu'un syndrome d'apnées du sommeil ou des mouvements périodiques des jambes. Les **troubles du comportement dans les démences** sont fréquents et souvent cause d'entrée en institution. La recherche d'une cause en particulier somatique est un préalable indispensable à la mise en route du traitement. Le **traitement de la maladie mentale doit être global**, comportant des interventions psychothérapeutiques, pharmacologiques et sociales. De plus, le succès de la prise en charge nécessite souvent la participation de la famille.

Dépression des personnes âgées : comment la repérer et la traiter ?

La dépression affecte particulièrement les personnes âgées. Comment la repérer ? Quels sont les traitements appropriés ? Éléments de réponse.

Vieillir est un processus qui implique de subir des pertes successives : perte des proches, perte d'autonomie, perte du lieu de vie familial lors d'une entrée en établissement... Ces pertes peuvent favoriser l'émergence d'une dépression.

Pourtant, la **dépression est globalement sous-diagnostiquée** et **insuffisamment traitée** chez les personnes âgées.

Plusieurs raisons l'expliquent :

- la tendance à considérer que la tristesse est normale chez une personne âgée, ce qui est faux
- l'intrication de la dépression avec d'autres maladies ;
- des formes parfois masquées de la dépression.

Pourtant, les conséquences d'une dépression non traitée chez une personne âgée sont délétères

- altération de la qualité de vie
- perte d'autonomie
- isolement socio affectif
- risque suicidaire important (les personnes âgées de plus de 65 ans représentent la tranche de la population la plus à risque de décès par suicide).

Quels sont les facteurs de risque ? Les principaux facteurs de risque de dépression chez les personnes âgées sont :

- avoir des antécédents de dépression,

- être une femme,
- être atteint de pathologies chroniques notamment cardiovasculaires et neurologiques,
- avoir vécu des événements de vie stressants, notamment un deuil,
- avoir un faible statut socioéconomique,
- être isolé.

Comment repérer la dépression chez les personnes âgées ? Les signes qui peuvent alerter et amener à consulter sont :

- une **fatigue marquée** ou durable,
- **troubles du sommeil**
- les plaintes autour de la **perte de la mémoire**,
- un sentiment d'isolement,
- la **douleur physique**,
- la **perte de poids**,
- des symptômes médicaux multiples inexpliqués,
- le **refus de s'alimenter** ou de prendre les médicaments,
- la personne se néglige,
- l'utilisation récente ou accrue de benzodiazépines ou d'alcool.

Des formes masquées spécifiques à la dépression des personnes âgées peuvent également exister. Elles se caractérisent notamment par :

- une absence de tristesse,
- un déni des sentiments de dépression,
- de l'hostilité et de l'irritabilité,
- et/ou des conduites régressives.

Comment se passe le diagnostic ?

La **GDS (Geriatric Depression Scale)** fait partie des outils les plus fréquemment utilisés pour dépister la dépression chez les personnes âgées. Il est composé de 30 items qui permettent d'évaluer le risque dépressif.

Il existe une mini-GDS, comportant 4 questions auxquelles le patient doit répondre en se situant dans les jours qui précèdent, au mieux dans la semaine écoulée, et non pas dans une période plus reculée ou uniquement dans l'instant présent.

1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ?
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?
3. Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?

Si le patient répond oui aux questions 1, 2 ou 4 ou non à la question 3, il existe une très forte suspicion de dépression. S'il a répondu non aux questions 1, 2 ou 4 ou oui à la question 3, il existe une très forte probabilité d'absence de dépression.

Dès lors qu'un test de dépistage est positif, le diagnostic doit être confirmé par un entretien auprès d'un psychiatre afin de pouvoir confirmer le diagnostic et débiter une prise en charge et un suivi thérapeutique adaptés.

Toujours interroger un déprimé sur ses idées suicidaires

- Idées noires, des pensées concernant la mort ?
- Sentiment que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue, sentiment de désespoir, voire d'inutilité
- Idées suicidaires : sont-elles passagères, obsédantes, intenses, angoissantes ?
- Capacité à résister aux idées suicidaires ?
- Existence d'une planification, tentatives de passage à l'acte ?
- Moyens à disposition, isolement ?
- **Cinq signes évocateurs** : l'isolement social, le tempérament impulsif, l'alcoolisation, la dépression, l'hostilité.

Etats dépressifs majeurs et pathologies somatiques

- Troubles endocriniens (Hypothyroïdie)
- Cancers (Pancréas, leucémies)
- Etats de dénutrition (très fréquent chez les personnes âgées restées isolées au domicile)
- Maladie de Parkinson
- Maladie d'Alzheimer ou autres démences
- Apnées obstructives du sommeil: SAOS
- Médicaments (Antihypertenseurs)
- Troubles cérébro-vasculaires

Quels traitements ?

- Antidépresseurs inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou mixtes IRSNA (sérotonine et noradrénaline)
- Psychothérapies cognitives ou dynamiques
- Electro-convulsivo thérapie (Electrochocs)
- Stimulation magnétique transcranienne

Tout comme chez les personnes plus jeunes, le **traitement antidépresseur** est indiqué en cas de **dépression majeure**, en sachant que :

- Les antidépresseurs ne sont efficaces que dans les états dépressifs majeurs
- L'instauration du traitement doit être progressive
- Leur efficacité ne se fait sentir qu'après 10 à 20 jours de traitement et elle ne sera complète qu'à 12 semaines surtout chez le sujet âgé
- Leur activité est uniquement symptomatique et le traitement doit être maintenu au minimum 6 mois pour éviter le risque de rechute
- Une inversion de l'humeur (excitation maniaque) est possible

Les **approches non médicamenteuses** doivent également être systématiquement envisagées dans la prise en charge de la dépression des personnes âgées, en particulier une **prise en charge psychologique adaptée**.

Une **bonne hygiène de vie** est essentielle, qu'il s'agisse d'une alimentation équilibrée, d'une consommation d'alcool qui doit rester modérée, du maintien d'une activité physique ou encore d'un sommeil préservé.

La **correction des problèmes auditifs et visuels** est également fondamentale car ils ont un impact négatif sur la qualité de vie et peuvent entraîner perte d'autonomie et repli sur soi. Enfin, la **participation à des activités de groupe** organisées dans un but thérapeutique d'amélioration ou de restauration des communications interpersonnelles est recommandée.

Ces différentes approches ont pour but de lutter contre les affects dépressifs. Elles permettent également **d'améliorer les capacités cognitives, l'autonomie, les liens sociaux des personnes** et, au final, leur qualité de vie.

Clinique des troubles anxio dépressifs : Classification DSM IV des troubles anxieux

<https://www.psychiatriemed.com/textes/41-dr-fabrice-lorin/181-gerontopsychiatrie-neuropsychologie-et-troubles-psychiatriques-de-la-personne-agee.html>

- Trouble panique avec ou sans agoraphobie
- Phobies spécifiques
- Phobie sociale
- Trouble obsessionnel-compulsif
- État de stress post-traumatique
- État de stress aigu
- Anxiété généralisée

Moins fréquents que chez l'adulte jeune (10%) il est souvent associé aux troubles dépressifs et se manifeste par l'anxiété généralisée et l'agoraphobie avec comme signes d'appel :

- la fatigue
- les plaintes cognitives
- les troubles fonctionnels

Symptômes somatiques :

- Cardiovasculaires : palpitations, tachycardie, précordialgies, HTA
- Respiratoires : dyspnée, sensation d'étouffement hyperventilation hyperpnée
- Neurologiques : vertiges, céphalées, paresthésie, insomnie, difficulté de concentration ou de mémoire, tremblements
- Digestifs : dysphagie, douleurs abdominales, diarrhée, bouche sèche..
- Psychogènes : appréhension, inquiétude, peur, irritabilité, angoisse, panique
- Comportementaux : inhibition, agitation, maladresse, fuite, agressivité
- Autres : polyurie, sueurs, hyperthermie

Les aspects cognitifs de l'anxiété

- Corrélation négative entre l'intensité de la symptomatologie anxieuse et les performances cognitives
- Atteinte préférentielle de la mémoire de travail (court-terme) liée aux troubles attentionnels
- Difficultés de concentration liées aux intrusions incontrôlables de pensées anxiogènes (obsessions, inquiétudes)

Trouble panique et agoraphobie chez le sujet âgé

- Troubles secondaires aux événements de vie marquants et/ou à leur répétition: Retraite, deuils, hospitalisation, déménagement, agressions
- Troubles secondaires à des affections médicales: Coronaropathies, troubles neurologiques, anesthésies, pathologies ostéo-articulaires (Phobie de la marche)

L'anxiété chronique pathologique

Etats d'anxiété chronique chez le sujet âgé

- Le plus fréquent : l'anxiété généralisée
- Le plus invalidant : le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)
- Les troubles phobiques et la phobie sociale, habituellement présents depuis l'adolescence

L'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 (travail, 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'Hypervigilance (insomnie, tension musculaire, réactivité accrue, fatigabilité, hyperactivité, agitation)
- Les patients ont souvent une longue histoire de troubles fonctionnels : céphalées, troubles digestifs, rachialgies, insomnie,

Troubles obsessionnels-compulsifs

- Début progressif dans l'enfance ou l'adolescence ; 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 mais discordant avec le moi
- Les troubles interfèrent avec les activités du patient (> 1h /jour) sa vie affective (50% de célibataires) et sociale
- Fréquente association à la dépression
- Amélioration le plus souvent limitée
- Formes invalidantes liées à l'intensité des rituels « lenteur obsessionnelle primitive »

Traitements des troubles anxieux

Traitement symptomatique de l'anxiété : la psychoéducation

- Informer, rassurer, écouter
- Rattacher les symptômes à leurs causes
- Favoriser la verbalisation des problèmes
- L'hygiène de vie, l'hygiène du sommeil
- Les techniques de relaxation corporelle
- Les techniques de contrôle respiratoire
- L'exposition aux situations anxiogènes

Traitement symptomatique de l'anxiété : abord pharmacologique

- Médications d'action rapide : benzodiazépines (Xanax, Lexomil, Temesta, Valium, Lysanxia..., antihistaminiques (Atarax)
- Médications d'action progressive : azapirones (Buspar), antidépresseurs inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (Déroxat, Prozac, Séropram ...) ou mixtes (Effexor, Anafranil, Tofranil, ...) ou IMAO
- Effets secondaires des benzodiazépines A court terme :
 - ✓ Sédation, asthénie, confusion (altération de la mémoire à long terme)
 - ✓ Incoordination motrice, ataxie, chutes
 - ✓ Altération de la mémoire à court terme
- A long terme :
 - ✓ Effets rebonds
 - ✓ Syndrome de sevrage
 - ✓ Abus de benzodiazépines, dépendance, addiction

L'état confusionnel :

L'état confusionnel aigu (ECA) est un syndrome neuropsychiatrique aigu d'évolution fluctuante qui peut se présenter sous forme hypoactive, hyperactive ou mixte rendant obligatoire la recherche et, le cas échéant, le traitement d'une cause somatique.

Il se manifeste par :

- une perturbation du niveau de conscience (sommolence diurne, perturbation du sommeil la nuit);
- une diminution de l'attention (difficulté à diriger et à se concentrer);
- un déficit cognitif (mémoire, orientation ou langage);

- des idées délirantes et hallucinations;
- des troubles du comportement.

Les causes :

Il existe des facteurs de prédisposition qui sont associés à des facteurs étiologiques : l'âge élevé, le sexe masculin, la présence d'une démence ou d'une maladie psychiatrique, la consommation de médicaments (par ex. benzodiazépines, sédatifs, hypnotiques), une dépendance à l'alcool et la baisse de l'acuité visuelle.

Le traitement causal de l'état confusionnel aigu, la prévention et les interventions non pharmacologiques sont prioritaires. La prise en soin se fait en général en milieu hospitalier et doit être interdisciplinaire et interprofessionnelle. De même, les proches doivent être intégrés dans le projet thérapeutique.

Troubles de la mémoire chez la personne âgée : que faire au cabinet ?

Les maladies responsables de troubles neurocognitifs touchent essentiellement les personnes âgées (75-85 ans). Néanmoins, on dénombre 35 000 personnes atteintes, âgées de moins de 65 ans.

Un trouble ou déclin cognitif correspond à une altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives, quel que soit le mécanisme en cause, son origine ou sa réversibilité. Un trouble cognitif peut avoir une origine neurologique, psychiatrique, médicamenteuse.

L'évaluation en médecine générale permet de distinguer les plaintes mnésiques banales des plaintes mnésiques inquiétantes. Les plaintes mnésiques a priori banales doivent néanmoins faire l'objet d'un suivi médical.

Une plainte mnésique est inquiétante et nécessite un avis spécialisé si elle est :

- isolée, mais persistante ;
- associée à d'autres manifestations telles que :
 - ✓ oublis complets d'événements autobiographiques pertinents sans efficacité des indices,
 - ✓ des signes anxieux, surtout s'ils sont d'apparition récente,
 - ✓ des difficultés d'orientation spatiale, à dater les événements, à trouver ses mots ou des noms connus, des oublis grossiers,
 - ✓ des difficultés à utiliser des objets,
 - ✓ une modification du caractère ou du comportement (irritabilité ou perte d'initiative)
 - ✓ des troubles du sommeil, troubles alimentaires,
 - ✓ des difficultés à s'organiser, à planifier,
 - ✓ des conduites à risque (erreur sur les médicaments, conduite automobile, etc.).

Les troubles de la mémoire ne sont pas toujours au premier plan en cas de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Il faut être attentif aux symptômes évocateurs

d'autres troubles cognitifs : attention, langage, orientation, praxies/gnosies, fonctions exécutives, ou cognition sociale

L'hypothèse peut être étayée par le témoignage de l'entourage qui rapporte un changement de « statut cognitif », de personnalité, de caractère ou signale des conduites à risque :

- ✓ conduite automobile ;
- ✓ risques domestiques (gaz, plaque de cuisson, arme à feu, escalier, etc.) ;
- ✓ difficultés quant au suivi médical ou à la gestion des médicaments ;
- ✓ incidents marquant la vie domestique professionnelle ou sociale ;
- ✓ troubles du comportement ; incidents financiers.

Le mini-COG est un outil simple à la disposition du médecin généraliste permettant en fonction du résultat de s'orienter vers une pathologie neurocognitive. (cf.ci-dessous)

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

MMSE à télécharger <http://www.sgca.fr/outils/mms.pdf>

En présence d'un trouble cognitif, l'hypothèse étiologique retenue par le MT détermine les examens complémentaires et l'orientation vers une consultation spécialisée

Un bilan clinique et paraclinique (biologie, radiologie, etc.) oriente le médecin traitant (MT) vers une cause probable (psychiatrie, neurologie, troubles neurocognitifs). Il est recommandé, devant tout trouble cognitif avéré, de prescrire un dosage de thyroïdostimuline (TSH), un hémogramme, une CRP, une natrémie, calcémie, glycémie, albuminémie et un bilan rénal. Un dosage de vitamine B12, de folates, un bilan hépatique, une sérologie VIH ou maladie de Lyme complètent ce bilan en fonction du contexte. Une imagerie cérébrale est systématiquement demandée pour tout trouble cognitif avéré et récent, afin de ne pas méconnaître un processus expansif intracrânien ou des séquelles d'accident vasculaire cérébral ou d'objectiver une atrophie cérébrale.

Toute personne présentant un trouble neurocognitif documenté par un médecin généraliste doit être adressé à un médecin spécialiste de la mémoire, et ceci afin de recueillir un diagnostic étiologique.

Il existe des formes atypiques ou plus rares pour lesquelles un avis spécialisé doit être obtenu sans délai :

- patient dont les signes débutent avant l'âge de 70 ans ;
- histoire ou antécédents familiaux ;
- formes atypiques : troubles de la mémoire associés d'emblée à des signes neurologiques ou psychiatriques ; présentation non amnésique ;

- patient nécessitant une prise en charge immédiate (trouble grave du comportement, risque pour la sécurité, problématique médico-légale) ;
- demande répétée du patient ou de son entourage.

Établir le diagnostic étiologique et définir les objectifs thérapeutiques de la prise en charge en consultation mémoire :

Identifier la maladie causale et le stade de gravité sont essentiels pour définir une prise en charge thérapeutique adaptée et informer et conseiller le patient et l'entourage. En effet, même si la maladie à corps de Lewy ou les troubles neurocognitifs vasculaires ou fronto temporaux sont désignés comme « maladies apparentées », les signes d'appel et leur prise en charge diffèrent sensiblement de ceux de la maladie d'Alzheimer.

La consultation mémoire a pour rôle de :

- confirmer ou infirmer le diagnostic de trouble cognitif évolutif et significatif, d'en déterminer le mécanisme physiopathologique, son caractère réversible ou non
- déterminer l'étiologie d'un trouble neurocognitif et le stade de gravité. Ces diagnostics répondent à des critères précis régulièrement actualisés
- explorer les situations diagnostiques complexes (association maladies cognitives et maladies psychiatriques, par exemple)
- proposer un programme de soins interdisciplinaire partagé avec le MT qui aura la charge de sa mise en œuvre et de sa coordination
- proposer un suivi annuel.

Le médecin généraliste traitant est informé des conclusions diagnostiques et des préconisations de prise en charge de la maladie causale, du retentissement et de la prise en charge proposée au patient comme à l'aidant après l'annonce du diagnostic. Un suivi partagé, au moins annuel, est préconisé.

Le médecin généraliste traitant contribue à expliquer à l'entourage, en accord avec le patient, les manifestations et les conséquences actuelles et à venir de la maladie. Il participe au conseil et au soutien des familles. Un entourage formé, vigilant, en bonne santé est un partenaire indispensable à la pratique médicale et soignante au quotidien des personnes vivant avec un trouble neurocognitif

Six questions utiles au dépistage de la démence

Est-ce que vous avez remarqué :

1. Une modification récente de votre capacité à mémoriser de l'information nouvelle ?
2. Des difficultés à vous souvenir d'une liste courte (par exemple, liste de commissions) ?
3. Des difficultés à vous souvenir d'événements récents ?
4. Des difficultés à comprendre ou à suivre des instructions orales ?
5. Des difficultés, en raison de votre mémoire, à suivre une conversation de groupe ou un programme TV pris en cours de route ?
6. Des difficultés à trouver votre chemin dans un quartier connu ?

Dépistage des troubles cognitifs : Mini-cog

Mini-cog

1. Demander au patient de retenir trois mots (assurez-vous qu'il les ait bien enregistrés en lui demandant de les répéter)
2. Demandez au patient de dessiner une horloge. Après qu'il ait inscrit les chiffres, demandez-lui d'inscrire 11 h 10. Les instructions peuvent être répétées, mais aucune autre consigne ou aide ne doit être apportée. Si le patient est incapable de réaliser l'horloge au bout de trois minutes, arrêtez
3. Demander au patient de répéter les trois mots

Score

- Horloge: 2 points si les chiffres sont correctement disposés et l'heure correcte; sinon 0 point
- Rappel des trois mots: 1 point par mot correctement rapporté

Interprétation

- 0-2 points: probable présence de troubles cognitifs
- 3-5 points: probable absence de troubles cognitifs

Critères pour référer à une consultation mémoire

- Résultats des tests de dépistage cognitif peu probants, avec *persistance* et/ou fluctuation des troubles cognitifs, et nécessité d'effectuer un examen neuropsychologique
- Diagnostic différentiel démence-dépression peu clair
- Troubles cognitifs chez un patient de moins de 65 ans
- Symptomatologie atypique (par exemple, troubles du comportement à un stade précoce), ou évolution atypique (par exemple, progression rapide)
- Suivi après un épisode confusionnel aigu (delirium), par exemple, lors d'un séjour à l'hôpital
- Patients souffrant de comorbidités multiples et présentant des troubles cognitifs
- Divergence dans les informations fournies par le patient, ses proches et les résultats recueillis (anosognosie très fréquente dans la maladie d'Alzheimer)
- Constellations relationnelles problématiques (conflits conjugaux ou générationnels) ou difficultés à gérer la situation pour l'une ou l'autre des personnes impliquées (patient, proches, médecin)
- Difficulté d'évaluation de l'impact des troubles cognitifs sur le fonctionnement au quotidien (par exemple, conduite automobile)

Suicide de la personne âgée en France : une anomalie inquiétante...

Le suicide de la personne âgée reste avant tout un phénomène pluridimensionnel dont il est essentiel de reconnaître les facteurs de risque et les facteurs de protection spécifiques à cette tranche d'âge.

La dépression majeure prédomine à 80 % dans le groupe des suicidés et des suicidants âgés. Mais les 20 % restant ne sont pas associés à un trouble d'ordre psychiatrique. L'âge, le sexe, les catégories socioprofessionnelles défavorisées, la dégradation physique (douleur, troubles narcissiques, isolement sensoriel) sont des facteurs de risque.

Il est important de repérer les facteurs prédisposant (psychosociaux ou de personnalité), le facteur précipitant et les facteurs de protection.

La prévention du suicide de l'adolescent est directement liée à la prévention du suicide des grands-parents dans des mécanismes identificatoires transgénérationnels.

L'adolescent se structure en grande partie en fonction de ses identifications à ses grands-parents notamment ceux du même sexe. Cette identification restera prégnante pour le reste

de la vie, que l'adolescent ait connu ou pas ses grands-parents. Cette identification consciente ou inconsciente s'effectue à travers la transmission de l'inconscient familial, pour le meilleur ou pour le pire, le pire restant l'absence de transmission de repérage des figures grand-parentales pour des raisons d'oubli ou de déni. Si les adolescents sont mis en position de parents de leurs propres parents, il n'est pas rare qu'ils passent à l'acte suicidaire par les mêmes procédés que leurs grands-parents.

Les facteurs de risques :

- Risques liés aux résistances socioculturelles
- Risques liés à la conjonction de pertes et de désinvestissement propres à la vieillesse
- Risques liés à une conséquence de l'angoisse de mort, l'angoisse de la souffrance psychique et physique.

Certains de ces facteurs sont étonnamment proches des facteurs de risques qu'on retrouve chez l'adolescentL'adolescent est prisonnier de ses fantasmes et de ses propres jeux avec la mort, la personne âgée est elle, prisonnière de la réalité de la proximité de la mort. La personne âgée perd sa jeunesse, sa beauté du corps et l'érotisme qui lui est associé, ses capacités physiques à dépasser, son autonomie psychique, l'efficacité physique et psychique liée à la rapidité physique et psychique et à l'instantanéité (ex : jeux télévisés à la mode), la surexcitation psychique et physique intérieure et extérieure, la surinformation

Quelles préventions :

- La prévention primaire : pose plusieurs questions :
 - ✓ La question du travail de vieillir dans notre société.
 - ✓ La question du statut social et de l'insertion sociale dans notre société (mort, maladie, déchéance)
 - ✓ La question de l'individu et de sa capacité à être dans le vieillissement (pics de suicide des 62-65 ans)
 - ✓ Le travail de vieillir commence très tôt chez l'enfant qui grandit, se poursuit à l'adolescence, la quarantaine, la soixantaine, le grand âge.
- La prévention secondaire :
 - ✓ Repérer les personnes à risques, les signes de la dépression, les différents masques de la dépression du sujet âgé (pseudo dementielle, anxieuse, hostile, délirante, à masque somatique) et les traiter, reconnaître les signes précurseurs spécifiques
- La prévention tertiaire :
 - ✓ Auprès des personnes qui ont fait un geste suicidaire, sans avoir envie de mourir (phlébotomie, prise médicamenteuse) La dimension de l'appel est présente. Il existe une dimension agressive vis-à-vis des enfants, des équipes, une demande affective.

La schizophrénie ([Personnes âgées : mieux comprendre la schizophrénie \(senectis.com\)](#) [Schizophrénie : Quels sont ses signes et comment y faire face \(mutuelles-comparateur.fr\)](#))

Chez les personnes âgées, cette maladie devient rapidement une source de souffrance pour elles et pour leurs proches en diminuant l'autonomie.

Les signes annonciateurs de la schizophrénie sont assez bien connus mais peuvent ressembler à ceux d'autres pathologies liées à l'âge comme la maladie d'Alzheimer.

En voici les majeurs :

- Idées délirantes qui viennent rappeler le passé
- Des hallucinations (principalement auditives)
- Comportement agité, parfois violent
- Volonté de solitude
- Perte de mémoire
- Mauvais sommeil parsemé de rêves désagréables

Et les troubles bipolaires.

Comment vieillissent les bi polaires : CHU de Besançon 2013 [19367.pdf \(edimark.fr\)](#)

- Le trouble bipolaire du sujet âgé est souvent sous-diagnostiqué du fait d'une présentation clinique atypique.
- Le pronostic chez les personnes âgées est moins favorable que chez les jeunes, du fait d'une plus grande vulnérabilité et d'une plus grande résistance à la thérapeutique. »
- La présence de troubles cognitifs est fréquente, que ce soit lors des phases actives de la maladie ou des périodes de rémission. Les déficits cognitifs sont plus marqués chez les patients âgés bipolaires, et permettent d'évoquer un syndrome démentiel spécifique à la maladie bipolaire. »
- Les épisodes de décompensation thymiques multiples seraient l'hypothèse étiopathogénique la plus probable, avec un support anatomique au niveau des régions préfrontales et frontotemporales. Les effets indésirables des traitements psychotropes utilisés au long cours dans cette pathologie sont aussi à prendre en compte.

La télémédecine en psychiatrie

Réflexions à partir de 2 travaux :

- La télé-psychiatrie en période COVID-19 : un outil d'appui aux soins en psychiatrie publique. 04/2020 <https://fedepsychiatrie.fr/wp-content/uploads/2020/04/T%C3%A9l%C3%A9consultation-en-période-COVID19-le-24042020.pdf>
- La télémédecine en psychiatrie : pratiques et représentations chez les psychiatres normands Charlotte Labouré-Faisantieu thèse 03/2020 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02499785/document>

La téléconsultation est applicable à la pratique de la psychiatrie. Néanmoins, la téléconsultation ne peut être réduite au simple fait de pratiquer une consultation à distance car celle-ci revisite de manière non négligeable la relation médecin-patient. Le principal argument des opposants à la téléconsultation est la perte de contact humain.

Face à une démographie psychiatrique particulièrement inquiétante en Normandie et à l'accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins, la téléconsultation pourrait être une solution envisageable, ce d'autant qu'aucune étude n'a montré l'infériorité de la téléconsultation par rapport à la consultation classique en termes d'évaluation, d'amélioration thérapeutique ou d'adhésion aux soins.

Les expériences de télé psychiatrie, en France comme à l'étranger, ont permis d'atteindre des populations qui n'auraient pas eu accès aux soins en l'absence de celle-ci, tels que les détenus, les patients en EHPAD, les femmes en péripartum ou les français expatriés notamment.

Le temps de la crise COVID 19 la télé psychiatrie a porté son activité à un niveau jamais atteints.

Il est établi :

- La consultation et l'entretien en psychiatrie sont des actes individuels en présentiel et résultent du travail collectif d'une équipe pluridisciplinaire sur la base des principes de continuité et de proximité des soins. Ils ne peuvent notamment se réduire à l'établissement de questionnaires standardisés ou d'échelles d'évaluation dans un but diagnostique, thérapeutique ou à des techniques d'e-thérapie standardisée.
- La subtilité des aspects verbaux et non verbaux de la consultation est annulée par le téléphone ou la vidéo transmission.
- La télé-psychiatrie ne peut compenser le défaut de structures de soins ni couvrir les besoins de la population en matière de services psychiatriques.
- La télé-psychiatrie ne peut prétendre à constituer une alternative crédible moins onéreuse que l'approche présenteielle.

Dans le contexte épidémique actuel, la téléconsultation est en passe de montrer qu'elle constitue un outil de suivi à distance appréciable dans la mesure où elle favorise le maintien du lien avec le patient.

Points essentiels

La détresse psychique est prise en charge par les médecins généralistes qui assurent la détection et le traitement des troubles légers et modérés, notamment de la dépression et des troubles anxieux.

Que le patient soit connu ou non, cette prise en charge peut être parfois couplée à une orientation vers une psychothérapie.

En revanche, une coordination avec des professionnels spécialisés est incontournable

Les besoins du médecin généraliste (en accord avec le patient) :

- identifier des professionnels ressources (psychiatres et psychologues libéraux, équipes de psychiatrie) à même de l'accompagner dans la prise en charge
- joindre un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale, dans un délai court si l'urgence de la situation l'impose
- obtenir facilement et rapidement si besoin, avec l'accord du patient :
 - ✓ un rendez-vous pour une consultation
 - ✓ une intervention de l'équipe de psychiatrie au domicile du patient ou au cabinet du médecin généraliste
 - ✓ une prise en charge en hospitalisation, programmée ou non.

Fatigue, troubles du sommeil, perte de poids => DEPRESSION => SUICIDE

Attention benzodiazépines

Privilégier traitements non médicamenteux

BIBLIOGRAPHIE

1. La psychiatrie du sujet âgé : une approche globale
<https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/29885.pdf>
2. Améliorer le parcours de soins en psychiatrie Alain Dru et Anne Gautier
https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2021/2021_10_parcours_soins_psychiatrie.pdf
3. Vieillesse cérébrale : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/1312.pdf>
4. Vieillesse et psychiatrie : quelles représentations ? quelles spécificités ? <https://emag.eps-ville-evrard.fr/n3/journees-professionnelles/vieillesse-et-psychiatrie-rive/>
5. Vieillesse : Une approche globale, multidimensionnelle et préventive
https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2020/11/msc200258/msc200258.html#R38
6. LA PROTÉINE BETA-AMYLOÏDE
https://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_08/d_08_m/d_08_m_alz/d_08_m_alz.html
7. Personnalité normale et pathologique au cours du vieillissement: diagnostic, évolution, et prise en charge
[file:///C:/Users/Claude/Downloads/main%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Claude/Downloads/main%20(1).pdf)
8. Prise en charge psychiatrique en médecine générale et coopération entre médecins généralistes et psychiatres. Etude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes du secteur de Saint-Quentin. Thèse 2017 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01799436/document>
9. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste .Jean-Luc Gallais 2014
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-5-page-323.htm>
10. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : HAS 09/2018 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf
11. Gérontopsychiatrie : Neuropsychologie et troubles psychiatriques :
<https://www.psychiatriemed.com/textes/41-dr-fabrice-lorin/181-gerontopsychiatrie-neuropsychologie-et-troubles-psychiatriques-de-la-personne-agee.html>
12. «Etat confusionnel aigu de la personne âgée» <https://medicalforum.ch/fr/detail/doi/fms.2018.03084>
13. Delirium (syndrome confusionnel) https://www.neuromedia.ca/delirium-syndrome-confusionnel/#google_vignette
14. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf
15. Troubles de la mémoire chez la personne âgée : que faire au cabinet ? <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-405/troubles-de-la-memoire-chez-la-personne-agee-que-faire-au-cabinet#tab=tab-read>
16. Suicide de la personne âgée en France : une anomalie inquiétante... https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/12/Suicide-pers.agee_.Medecine-2014.pdf
17. SUICIDE DE LA PERSONNE ÂGÉE : IMPACT SUR LA FAMILLE ET LES SOIGNANTS
<https://www.proformed.fr/actualites/suicide-de-la-personne-agee-impact-sur-la-famille-et-les-soignants/>