

Pathologies psycho-comportementales du  
sujet âgé

*Troubles psychiatriques non démentiels*

# [ Trois grand chapitres ]

---

- États dépressifs et apparentés
- États délirants, hallucinations
- États anxieux



# Etats dépressifs du sujet âgé

# Rappel sur le syndrome dépressif

Trois symptômes principaux :

- Tristesse de l'humeur
- Inhibition et anhédonie
- Idées de mort

Des symptômes associés :

- Anxiété et angoisse
- Idées de culpabilité, d'indignité, d'incurabilité dans les mélancolies
- Troubles du comportement : sommeil, appétit, activités, ...

# Epidémiologie de la dépression du sujet âgé

- Très fréquente
- Selon les études 20 à 25% dans la population des plus de 75 ans
- Jusqu'à 30 ou 35% en institution
- Souvent mal prise en charge par manque de diagnostic, ou manque de traitement adapté.

# Epidémiologie du suicide des personnes âgées

- Fréquent , beaucoup plus qu'on ne le pense
- Environ 20% des 12000 suicides annuels sont le fait de personnes de plus de 65 ans
- Chez les plus de 65 ans 2 TS pour 1 suicide réussi
- Chez les 15-24 ans 160 TS pour 1 suicide réussi
- 50% des décès par pendaison

# [ Diagnostic difficile ]

---

Car, chez beaucoup de personnes âgées on observe :

- Tristesse fréquente surtout en institution ou à l'hôpital, mais aussi à domicile du fait de la solitude
- Ralentissement des activités, anhédonie fréquents avec des attitudes régressives
- L'idée de la mort est naturellement très présente.

# [ Particularités chez le sujet âgé ]

- Ralentissement intellectuel
- Ralentissement physique et perte d'autonomie
- Anxiété pas toujours présente
- Troubles du sommeil soit à type de somnolence excessive, soit d'insomnie du matin
- Peu de verbalisation, mais souvent des



# [ Comment soupçonner un état dépressif ? ]

---

- Modifications du comportement :  
Ralentissement des activités, perte d'appétit, retrait social
- Symptômes mélancoliques : idées de culpabilité, perte d'estime de soi, perte d'espoir,
- Retentissement sur l'état général,
- Plaintes hypochondriaques

# Différents cadres nosographiques

- Dépression réactionnelle
- Dépression dans le cadre d'un état anxieux chronique (névroses)
- Dépression dans le cadre d'une maladie bipolaire connue ou méconnue
- Dépression associée à un trouble psychotique

# [ Tableaux cliniques particuliers ]

- Les dépressions délirantes :  
dépression « hostile », délire de ruine,  
syndrome de Cotard, délire de relation
- Le syndrome de glissement
- Le refus de vivre
- La maladie d'Alzheimer débutante

# [ Délires et dépression ]

---

- Dépression avec délire de persécution :  
opposition aux soins, refus d'aliments,...
- Délire de ruine : la personne pense ne plus avoir  
d'argent, n'achète plus de nourriture,...
- Délire de négation : syndrome de Cotard :  
négation d'organes, délire d'immortalité,  
d'énormité...
- Délire de relation : « persécutés par la vie » !

# [ 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 refus de vivre ]

---

- Personne âgée qui déclare ne plus vouloir vivre
- Sérénité face à la perspective de la mort
- Pas de démarche suicidaire active
- Conservation fréquente de la vie relationnelle
- Décès rapide et inexplicé.

# Maladie d'Alzheimer débutante

Les symptômes permettant de faire la différence sont parfois difficiles à mettre en évidence :

- Tristesse dans les deux cas
- Ralentissement des activités
- Plaintes hypochondriaques
- Troubles de la mémoire : l'anxiété et la dépression peuvent provoquer des troubles attentionnels et de la mémoire.

Le diagnostic pourra être fait par le traitement antidépresseur d'épreuve et le bilan neuro-psychologique

La dépression s'inscrit le plus souvent dans un contexte de polypathologie

- Maladies somatiques : cardiaques, diabète, parkinson, rhumatologiques, AVC...
- Autres maladies psychiatriques : psychoses, états anxieux (troubles obsessionnels compulsifs, hystérie)
- Associée aux démences



# [ Prise en charge : ]

---

- Traitement antidépresseur indispensable
- Accompagnement psychologique : comprendre les raisons, améliorer la prise de conscience de l'état dépressif par le malade, restaurer l'estime de soi, inciter à reprendre les activités valorisantes ou plaisantes.
- Surveillance de l'état général et notamment du risque de dénutrition.

# [ Traitement antidépresseur ]

- Antidépresseur sérotoninergique en première intention le plus souvent mais :
  - Surveiller natrémie, enzymes hépatiques, appétit
- Si inefficace : IRS-NA :
  - Même surveillance, plus HTA
- Alternatives : tianeptine, agomelatine (? Être prudent chez les sujets âgés car produit très récent)

# [ Modalités pratiques ]

---

- Débuter posologie moyenne pendant une semaine pour tester la tolérance
- Augmenter à pleine posologie
- Attendre au moins 4 semaines pour juger de l'efficacité
- Poursuivre le traitement au moins 6 mois après « guérison »,
- Poursuivre au moins 1 an si antécédents de dépression,
- Souvent longtemps si troubles anxieux ou forme grave

# [ Formes délirantes ]

---

- Elles nécessiteront un traitement antipsychotique associé en début de traitement
- Savoir l'arrêter quand le patient va mieux, tout en poursuivant le traitement antidépresseur.

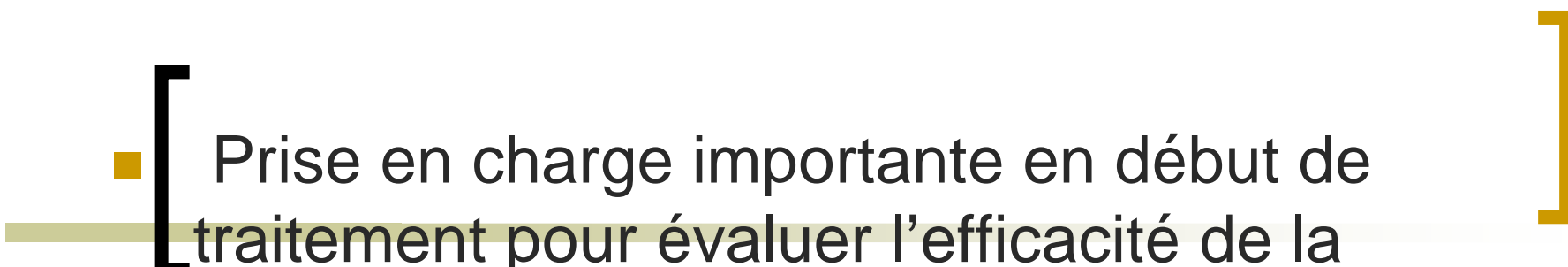
# [ Troubles bipolaires ]

---

- Traitement thymorégulateur indispensable
- Traitement difficile nécessitant souvent l'association de plusieurs psychotropes avec suivi médical et psychiatrique rapproché
- Patients souvent de plus en plus instables nécessitant une prise en charge spécifique au long cours.

# [ Evaluer le risque suicidaire ]

- Symptômes mélancoliques
  - Expression du désir de mort
  - Niveau d'inhibition
  - Niveau d'anxiété
  - Capacités physiques
- 
- Attention en début de traitement anti-dépresseur

- 
- [ Prise en charge importante en début de traitement pour évaluer l'efficacité de la thérapie, éviter le suicide, proposer une psychothérapie : le plus souvent deux mois, si bonne réactivité au traitement
  - Puis suivi pendant environ 6 mois au moins
  - La plupart du temps en institution, poursuivre le traitement pendant longtemps, aussi longtemps que le traitement est bien toléré.

# [ Le suicide « philosophique » ]

- Une personne âgée qui décide de mettre fin à ses jours, en dehors de tout contexte dépressif, pour échapper à la perte d'autonomie, la dégradation physique, ou psychique.
- Rare
- Parfois en couple.





Troubles délirants  
Hallucinations

# [ Maladies diverses : ]

---

## Pathologies psychiatriques :

- Schizophrénies, psychoses délirantes chroniques (paranoïas, délires d'interprétations, psychose hallucinatoire chronique)
- Psychose maniaco-dépressive et troubles bipolaires
- États limites

## Il existe des antécédents psychiatriques

- Ils ne sont pas toujours faciles à retrouver ; c'est parfois un sujet tabou dans la famille !
  - Schizophrénie depuis la jeunesse
  - Troubles bipolaires : épisodes depuis la jeunesse ou l'âge « mûr »
  - Troubles du comportement et/ou de la personnalité depuis de nombreuses années
  - Alcoolisme et toxicomanie

[ Il n'existe pas d'antécédents connus ]

- Soit révélation tardive d'une pathologie méconnue jusqu'à présent
- Soit troubles mentaux spécifiques de la vieillesse

## Révélation tardive 1/3

### Psychose hallucinatoire chronique :

- peut évoluer depuis des années avec isolement, désengagement familial
- délire le plus souvent de persécution mais d'autres thèmes peuvent être développés
- hallucinations riches : visuelles, auditives (syndrome d'automatisme mental), olfactives, cénesthésiques
- pas d'altération cognitive
- troubles comportementaux et état dépressif en rapport avec le délire

## Révélation tardive 2/3

### Trouble bipolaire :

- état dépressif chez un ou une hyperthymique plus ou moins chronique
- état maniaque chez un patient ayant des antécédents d'états dépressifs récurrents : le tableau clinique est souvent bruyant associant agitation, idées délirantes, idées de grandeur, logorrhée avec souvent un certain degré de confusion

## Révélation tardive 3/3

- Délires paranoïaques dont les thèmes peuvent être variés, mais construits, avec une « logique interne » : délires de jalousie, mystiques, de persécution, érotomaniaque,...
- Décompensation d'une personnalité sensitive  
Le malade a le sentiment de « ne pas avoir eu la vie qu'il méritait », « de ne pas être aimé », « de ne pas être soutenu par ses proches » ...  
Jusqu'au délire de relation de Kretschmer  
Risque suicidaire (cf états dépressifs)

# Troubles psychiatriques spécifiques

- Bouffée délirante aiguë : diagnostic différentiel avec la confusion est souvent difficile, souvent sur fond d'état dépressif, rare
- Délires spécifiques de l'âge :
  - Délire de préjudice (le plus souvent dans le cadre d'un Alzheimer plus ou moins débutant)
  - Délire d'infestation (syndrome d'Ekblom)
  - Délire de négation, délire de ruine.



## Troubles délirants pouvant masquer une pathologie démentielle

- Délire tardif de préjudice et de persécution presque toujours révélateur d'un Alzheimer
- Hallucinations : démence à Corps de Lewy, démence parkinsonienne, démence vasculaire

# [ 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
- Pathologies sous-jacentes variées



# [ Syndrome de Charles Bonnet ]

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

# Traitement des troubles psychiatriques du sujet âgé non dément

- Utiliser les mêmes thérapeutiques que pour les sujets jeunes  
y compris les nouveaux anti-psychotiques qui ont beaucoup moins d'effets secondaires
- Utiliser des posologies plus faibles en début de traitement
- Suivre plus souvent le malade et être vigilant sur les effets secondaires
- Mais, ne pas hésiter à utiliser des posologies plus élevées si la clinique le nécessite et que le patient tolère bien
- L'âge n'est pas une contre-indication à la psychothérapie
- Indispensable d'avoir un psychiatre ou un gériatre compétent en psychiatrie comme référent.


# Traitement des troubles psychotiques du sujet âgé dément

- Traitement spécifique :  
anticholinestérasique et/ou mémentine selon le stade
- Si agitation et urgence : préférer tiapride injectable car demie vie courte et pas d'effet anti-cholinergique
- Si inefficacité du tiapride :
  - si idées délirantes, hallucinations : anti-psychotique (mais toujours se poser la question d'une éventuelle confusion)
  - si agitation ou agressivité simple : neuroleptique sédatif à faible dose
- Revoir le malade tous les jours jusqu'à stabilisation
- Evaluation médicale, psychologique, environnementale

[ Ne pas oublier ! ]

---

- Une cause extrêmement fréquente d'hallucinations :  
la iatrogénie !



# Les états anxieux

*ou troubles névrotiques*



# [ Du normal au pathologique ]

- Traits de caractère
- Symptômes gênants
- Trouble envahissant
- Pathologie invalidante

Aggravation fréquente en vieillissant

# Quatre groupes de pathologies

---

- Anxiété généralisée (névrose d'angoisse)
- Attaques de panique (névrose phobique)
- Troubles obsessionnels-compulsifs (névrose obsessionnelle)
- Symptômes de conversion (névrose hystérique)

# [Anxiété généralisée]

---

- Patient anxieux pour les événements passés, pour des événements anodins, sans raison exprimable ;
- État permanent d'anxiété
- Crises d'angoisse à répétition

# [ Attaques de panique ]

---

- «Objets» phobiques variés
- Manifestations phobiques à type de grande angoisse avec paralysie de l'action
- Conduites de réassurance
- Conduites d'évitement
- Le syndrome post chute

# [ Les TOC ]

---

- Pensées intruses, conduites compulsives
- Répétition
- Ruminations mentales, doutes, scrupules,...
- Rigidité de pensée, difficultés d'adaptation
- Anxiété, inhibition
- Troubles du comportement habituels
- Deviennent vite invalidants

# [ Symptômes de conversion ]

- Rares , voire très rares
- Contexte de relation à l'autre hypersexualisée, avec théâtralisme
- Hyper adaptabilité , suggestibilité
- *L'hystérique parle **avec** son corps, l'hypochondriaque parle **de** son corps*

# [ Prise en charge ]

---

- Difficile chez le sujet âgé car pathologie souvent ancienne, avec une vie familiale organisée autour de la pathologie
- Traitements antidépresseurs apaisent l'angoisse et les symptômes
- Éviter les benzodiazépines
- Mais attention ! Contexte idéal des toxicomanies aux benzodiazépines

# [ Psychothérapies ]

---

- TCC assez rapidement efficaces sur les symptômes dans les pathologies phobiques
- TCC utiles dans les autres pathologies mais souvent moins efficaces
- Thérapies d'inspiration analytique possibles notamment chez les hystériques à condition d'avoir un patient avec un bon niveau intellectuel et capable d'investissement affectif.




# [ Psychomotricité ]

---

- Psychomotricité indispensable pour les syndromes post-chute
- Utile dans les symptomatologies hystériques et hypochondriaques



- 
- Sociothérapie, groupes,...
  - Thérapies avec médiateurs,
  - Relaxation .....
- 
- Souvent très demandeurs auprès des équipes !!



# Les troubles du comportement

# [ Symptômes variés ]

---

- Symptômes gênants
- Symptômes non gênants en institution : essentiellement l'apathie

# [ Démarche diagnostic ]

---

- Rechercher troubles cognitifs

# [ Il existe des troubles cognitifs ]

- Anciens ?
- Récents ?

# [ Anciens : ]

---

- Démence :
- peut-on traiter la démence, améliorer les troubles cognitifs ?
- y-a-t-il un délire, une dépression, un état anxieux associé ?
- Arriérations mentales

# [ Récents : ]

---

- Confusion mentale : chercher la cause
- Donc démarche diagnostique



# [ Pas de trouble cognitif : ]

---

- Idées délirantes, hallucinations,...
- Dépression
- Troubles anxieux
- Psychopathie
- Alcoolisme

# [ Troubles cognitifs douteux ]

---

- Bilan médical, biologique, imagerie, bilan neuropsychologique




# [ Causes environnementales ]

- Comportement inadapté de l'entourage professionnel ou familial
- Locaux inadaptés
- Chambres à deux lits, fonctionnement institutionnel, nourriture mauvaise, ...  
Que sais-je encore.....

# [ Pour conclure ]

---


- Équipes soignantes entraînées et formées à prendre en charge des patients souffrant de troubles psychiques minimisent souvent les troubles du comportement
- Au contraire des équipes peu formées et peu habituées
- Les observations dans les dossiers de soins peuvent donc être très différentes pour une même situation
- Lorsque le patient est agité, agressif ou délirant tous les jours, les soignants n'écrivent plus !



Le manque de psychiatres compétents et « appétants » pour les troubles psychiatriques du sujet âgé engendre probablement une majoration des troubles du comportement ...



Mais aussi un déficit de diagnostic des pathologies psychiatriques



On devrait trouver très peu de troubles du comportement isolés (psychopathies, alcoolisme)





Bonnes évaluations !