

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 inexplicable.

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.

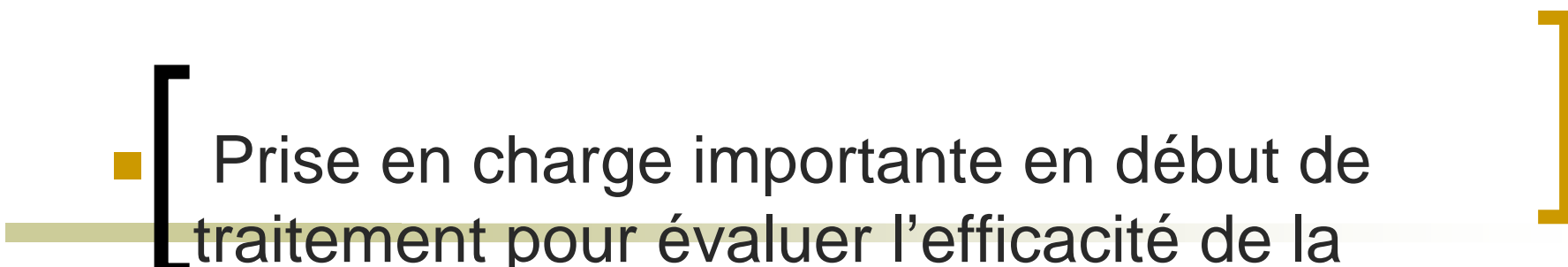
[Troubles bipolaires]

- 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
- Ruminantion mentale, doutes, scrupules,...
- Rigidité de pensée, difficultés d'adaptation
- Angoisse, 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]

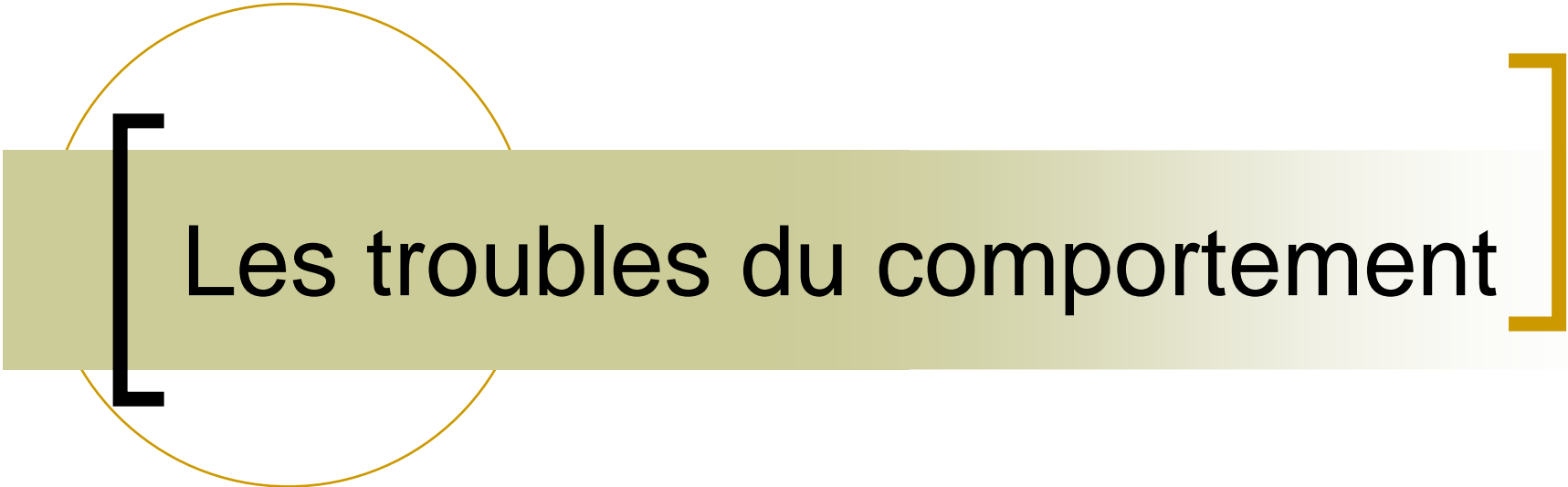
- TCC assez rapidement efficaces sur les symptômes dans les pathologies phobiques
- TCC utiles dans les autres pathologies mais souvent moins efficaces
- Thérapies d'inspiration analytique possibles notamment chez les hystériques à condition d'avoir un patient avec un bon niveau intellectuel et capable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