



Troubles psychiques des personnes âgées

Psychiatry of the elderly

A.-S. Rigaud (Professeur des Universités, praticien hospitalier) *,
C. Bayle, F. Latour, H. Lenoir, M.-L. Seux, O. Hanon, R. Péquignot,
P. Bert, P. Bouchacourt, F. Moulin, I. Cantegreil, E. Wenisch,
F. Batouche, J. de Rotrou

Service de gériatrie clinique, hôpital Broca, CHU Cochin-Port-Royal, université René Descartes, Paris V, 54/56, rue Pascal, 75013 Paris, France

MOTS CLÉS

Psychogériatrie ;
Dépression ;
Manie ;
Anxiété ;
Psychose ;
Confusion ;
Alcoolisme ;
Sommeil ;
Démence

Résumé 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.

© 2005 Elsevier SAS . Tous droits réservés.

KEYWORDS

Psycho-geriatrics;
Depression;
Mania;
Anxiety;
Psychosis;
Delirium;
Alcoholism;
Sleep;
Dementia

Abstract Psychiatric illness in the elderly may have atypical forms (i.e., somatic complaints or behavioural disorders) and should be differentiated from aging and physical illness. Depression which is associated with risk of suicide and chronic outcome is underreported and under-treated. Anxiety disorders are often misdiagnosed and can induce major disability. Symptoms, behavioural consequences and causes of psychotic troubles are heterogeneous in elderly persons. Alcohol abuse is often unrecognized and associated with excessive drug consumption. Sleep disturbances are often secondary to physical illness or specific sleep disorders such as sleep apnoea and periodic leg movements. Behavioural disturbances are frequently observed in dementia and are a major cause of institutionalization. Treatment of mental illness should be global and should

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Anne-sophie.rigaud@brc.ap-hop-paris.fr (A.-S. Rigaud).

include psychotherapeutic, psychopharmacologic and social interventions. In addition, most of the time, family support is necessary for successful management of the elderly. © 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La prévalence des troubles psychiatriques est importante chez les personnes âgées puisque la moitié des sujets de plus de 65 ans souffriraient d'un trouble psychiatrique. Dans cette population, le trouble psychiatrique est souvent associé à une ou plusieurs affections somatiques qu'il aggrave. Au contraire, le traitement des manifestations psychiatriques améliore la prise en charge des maladies somatiques. Chez la personne âgée, il est très habituel que l'expression des troubles psychiques se fasse dans le registre somatique plutôt que par la parole. En effet, le vieillissement physiologique et les éventuelles affections somatiques associées entraînent des modifications du corps et du vécu corporel qui expliquent le recours à la plainte somatique comme expression de la souffrance psychologique. Les troubles du comportement sont un autre mode d'expression fréquent des affections mentales dans cette tranche d'âge.

La dépression, qui est souvent méconnue des médecins, a de multiples aspects : troubles du caractère, idées délirantes, troubles cognitifs. Les formes à début tardif sont souvent associées à des facteurs de risque vasculaires ou cérébraux. Parmi les troubles anxieux, l'anxiété généralisée et les troubles phobiques sont les plus fréquents chez la personne âgée. La coexistence de troubles anxieux avec d'autres affections mentales, notamment la dépression, et/ou somatiques doit être soigneusement recherchée. Les troubles délirants sont hétérogènes, souvent associés à des manifestations somatiques et à des troubles cognitifs. Le syndrome confusionnel est secondaire à l'addition de trois types de facteurs : le vieillissement, qui diminue la résistance au stress, les maladies neurologiques et les facteurs précipitants organiques ou psychoenvironnementaux. L'alcoolisme est volontiers méconnu, et est souvent associé à une consommation excessive de médicaments. Les affections intrinsèques du sommeil (apnées du sommeil et mouvements périodiques des jambes), les affections mentales (démences, dépressions, troubles anxieux) ou les affections somatiques douloureuses ou gênantes la nuit (maladies respiratoires ou cardiovasculaires) sont plus souvent causes de troubles du sommeil chez le sujet âgé que chez l'adulte jeune. Les symptômes comportementaux et psychologiques des démences se manifestent sous forme de trou-

bles affectifs et émotionnels, de troubles psychotiques, de troubles du comportement, de troubles des fonctions élémentaires.

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.

Généralités

Vieillesse physiologique : aspects somatiques et psychologiques

Un certain nombre de manifestations pathologiques fréquentes chez la personne âgée sont souvent méconnues car elles sont attribuées à tort au vieillissement physiologique. Différentes études longitudinales ont montré qu'en l'absence de pathologie, les effets du vieillissement (principales fonctions physiologiques, constantes biologiques) sont modestes, si on élimine les maladies et les facteurs environnementaux. En effet, le vieillissement s'accompagne de modifications physiologiques de l'organisme variables d'un sujet à l'autre et dépendantes de facteurs génétiques. Cependant, la gêne qui en résulte n'est pas corrélée à l'importance du déficit et n'est exprimée que par une partie seulement des individus.

Le vieillissement physiologique ne semble pas s'accompagner de modifications majeures de la personnalité. L'apparition de comportements régressifs ou d'une perte de souplesse des traits de caractère ne peut être considérée comme une modification inéluctable au grand âge mais doit au contraire faire rechercher une affection sous-jacente en particulier une démence.

La plainte d'une diminution des capacités mnésiques augmente de fréquence avec l'âge.¹ Sur le plan intellectuel, le vieillissement s'accompagne d'une diminution modeste des performances et de l'adaptabilité. Certaines activités nécessitant une réaction rapide ou un haut degré de précision peuvent être altérées, en revanche, la capacité à comprendre une situation ou à apprendre à partir de nouvelles expériences, l'imagination et la créativité sont maintenues. À l'heure actuelle, les troubles intellectuels et de mémoire sont de moins en moins méconnus, en revanche leur association à des

symptômes dépressifs ou anxieux est sous-estimée.²

Par ailleurs, en ce qui concerne le sommeil de la personne âgée, il n'y a pas de corrélation étroite entre les altérations objectives constatées sur des enregistrements électroencéphalographiques et les plaintes alléguées par le sujet. En particulier, chez le sujet âgé en bonne santé, des études récentes montrent que les plaintes de mauvais sommeil sont moins importantes que ne le laisseraient prévoir les données objectives de sommeil. Tout se passe comme si le sujet âgé en bonne santé s'adaptait aux modifications physiologiques de son sommeil.

Enfin, bien qu'une réduction de l'intérêt et des capacités sexuelles soit habituellement observée dans le grand âge, l'activité sexuelle reste possible dans les deux sexes. Cependant, les modifications sexuelles décrites pour l'ensemble du groupe âgé doivent être différenciées de celles de l'individu. En effet, l'activité sexuelle dépend du statut du patient (solitude ou vie conjugale), de son lieu de vie, de l'existence d'un handicap comme une démence. Les troubles de la fonction sexuelle sont difficilement évoqués du fait de l'embarras, voire de la honte de la personne âgée liés à l'image dévalorisée du corps vieilli dans la société. Par ailleurs, la méconnaissance de ce domaine par le soignant et la réticence habituelle de l'entourage à accepter la sexualité de la personne âgée ne favorisent pas l'écoute de celle-ci.

Ainsi, une plainte concernant un organe ou une fonction ne doit pas être considérée comme normale sous prétexte que le sujet est âgé et doit faire l'objet d'investigations cliniques en particulier quand le trouble est d'apparition récente.

En ce qui concerne les aspects psychodynamiques, le vieillissement est une crise existentielle qui fragilise l'individu en créant chez lui un état d'équilibre psychologique instable. Par ailleurs, le sujet âgé doit accepter l'idée de sa mort prochaine qui s'impose à lui de façon de plus en plus forte, au fur et à mesure qu'il avance en âge. Enfin, un certain nombre d'événements éprouvants ou de difficultés d'existence : deuil, déménagement, mise en retraite, éloignement des enfants, conflit familial, isolement social, affections somatiques, altérations sensorielles, diminution des ressources sont particulièrement fréquents lors du grand âge. Ces situations sont à l'origine d'un sentiment de perte de pouvoir, de perte d'efficacité ou d'atteinte de l'identité sociale, ainsi que d'un avivement de l'idée de mort. Face à ces pertes, la capacité du sujet vieillissant à élaborer une série d'ajustements et de réorganisations psychologiques dépend de sa personnalité antérieure. L'efficacité des mécanismes de défense du sujet âgé se

manifeste par exemple par la capacité d'acquérir des pôles d'intérêts différents de ceux des précédentes étapes de sa vie. Au contraire, lorsque ces mécanismes de défense sont débordés, il en résulte une altération de l'estime de soi et une régression narcissique qui favorisent l'éclosion de troubles psychiatriques.

Évaluation des troubles psychiatriques

L'approche du patient âgé doit être d'emblée globale. En effet, l'entretien permet, d'une part, d'évaluer les manifestations psychopathologiques et la personnalité du patient, d'autre part de connaître les antécédents médicochirurgicaux, l'ensemble des traitements pris par le sujet (ordonnances et automédication), les habitudes de vie, les conditions de logement, la qualité de l'entourage et les aides éventuelles. L'existence d'un stress ou d'une modification récente des conditions de vie est à prendre en considération. C'est à ce stade qu'il faut savoir dépister une éventuelle situation de maltraitance qu'il s'agisse de sévices physiques, psychologiques ou de négligence à l'égard de la personne âgée.³

Dans tous les cas, l'examen clinique s'accompagne d'une évaluation des capacités sensorielles et des fonctions cognitives par le *Mini Mental State Examination* (MMSE) de Folstein⁴ complété si besoin par des tests neuropsychométriques. L'entretien avec la famille est indispensable en cas d'altérations des fonctions intellectuelles. Les échelles d'évaluation psychiatrique permettent de confirmer une première impression clinique. Les investigations complémentaires ne sont décidées qu'en fonction d'une suspicion de lésions et se réduiront au minimum pour ne pas créer chez le malade des souffrances et des inquiétudes nouvelles.

Principes généraux de traitement

L'alliance thérapeutique avec le patient et, si possible, avec sa famille joue un rôle considérable dans le succès du traitement des troubles mentaux du patient âgé. Cette prise en charge est globale. Elle comporte non seulement un volet psychiatrique mais également un volet médical et/ou chirurgical. En particulier, il est toujours nécessaire de pallier les déficits sensoriels (auditifs, visuels) du patient et de traiter les affections somatiques associées aux troubles psychiques.

La prise en charge sociale est également essentielle chez le sujet âgé. La mise en place d'un support social adapté résulte de l'évaluation non seulement de l'état de santé mais également de l'autonomie, de la situation financière et sociale,

ainsi que des possibilités et des limites du soutien de la part de l'entourage du patient. La mise en place d'une mesure de protection des biens (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle) dans le cadre de la loi du 3 janvier 1968 doit parfois être discutée chez la personne âgée. Plus récemment, la loi du 4 mars 2002 introduit la notion de personne de confiance.

Psychotropes

Comme pour les autres médicaments, la fréquence et la sévérité des effets indésirables sont accrues chez la personne âgée par rapport à l'adulte jeune. Au cours du vieillissement, la capacité d'élimination des médicaments par le rein est abaissée en raison de la réduction de la filtration glomérulaire. Celle des médicaments éliminés par voie hépatique est diminuée en raison de la baisse de la clairance hépatique. La tolérance d'une dose donnée d'un médicament est très variable d'un malade à l'autre et est réduite par certaines affections somatiques associées telles que les troubles cognitifs ou la malnutrition. Enfin, le risque d'effets secondaires s'élève avec le nombre de médicaments reçus. Certains effets indésirables sont communs à plusieurs classes thérapeutiques. Un syndrome confusionnel est possible avec la plupart des psychotropes. Les malaises et les chutes sont liés à l'hypotension orthostatique à l'hypotonie musculaire ou plus rarement à des crises d'épilepsie. D'autres effets indésirables sont propres à certaines classes thérapeutiques ou à certaines molécules.

Les nouveaux antidépresseurs (inhibiteurs de recapture de la sérotonine, inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, tianeptine, miansérine et mirtazapine, inhibiteurs des monoamine-oxydases de type A réversibles) sont en général bien tolérés chez la personne âgée. Les inhibiteurs de recapture de la sérotonine peuvent être à l'origine de troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées), troubles du sommeil, céphalées. Les hyponatrémies par sécrétion inappropriée d'*antidiuretic hormone* (ADH) surviennent dans les deux premières semaines justifiant pour certains un dosage de la natrémie dans les semaines qui suivent l'instauration d'un traitement par sérotoninergique. Un syndrome sérotoninergique peut être observé pour des posologies trop importantes, associant des troubles psychiques (agitation, confusion), moteurs (tremblements, myoclonies), végétatifs (hypo- ou hypertension, hyperthermie).

Les médicaments anticholinergiques (neuroleptiques de première génération, antidépresseurs tricycliques) sont à prescrire avec prudence. Ils sont volontiers à l'origine de constipation, de difficulté

à l'évacuation des urines, voire de rétention d'urines, de vue floue ou de troubles de l'accommodation à la vision de près, de sécheresse de la bouche liée à une hyposialie.

Les neuroleptiques de première génération peuvent également avoir d'autres effets secondaires chez la personne âgée : syndrome extrapyramidal, dyskinésies, syndrome hyperkinétique (akathisie, tasikinésies), syndrome malin, troubles cognitifs. Les antipsychotiques atypiques semblent être mieux tolérés que les neuroleptiques de première génération. Leurs effets secondaires potentiels ne sont cependant pas encore complètement connus.

Les benzodiazépines sont contre-indiquées en cas d'apnées du sommeil fréquentes chez la personne âgée, de myasthénie et d'insuffisances respiratoires sévères. Elles peuvent être cause de sédation avec somnolence diurne et de ralentissement intellectuel ou encore d'une baisse des performances mnésiques avec oubli à mesure qui peut faire croire, à tort, à un début de démence. Par ailleurs, une revue récente de la littérature a montré que l'administration de benzodiazépines multipliait par deux le risque de fracture du col du fémur chez le sujet âgé.⁵ Parmi les autres anxiolytiques, le meprobamate et la buspirone sont également prescrits chez la personne âgée.

En ce qui concerne les somnifères, la zopiclone ou le zolpidem auraient moins d'effets secondaires que les benzodiazépines hypnotiques.

Les thymorégulateurs doivent également être employés avec prudence chez la personne âgée. Le lithium peut également être prescrit. Cependant, ses effets secondaires (polyuropolydipsie, nausées, diarrhées, tremblements) sont plus fréquents chez le sujet âgé que chez l'adulte jeune. La marge entre dose thérapeutique et dose toxique est étroite, le surdosage étant à l'origine de syndromes confusionnels. Les autres thymorégulateurs (carbamazépine, valproate de sodium) peuvent également être prescrits chez la personne âgée. Des études précisant les bénéfices de ces produits chez la personne âgée sont nécessaires.⁶

Quelques règles guident la prescription des psychotropes chez la personne âgée :

- expliquer au patient et/ou à l'entourage les délais d'action et les effets secondaires possibles avant la prescription du produit ;
- débiter par une dose faible et l'augmenter de façon progressive jusqu'à atteindre la dose efficace et bien tolérée ;
- fractionner en deux ou trois prises au lieu de la prise unique habituelle chez le sujet jeune quand cela est possible ;
- éviter les associations de médicaments en particulier de psychotropes ;

- revoir le patient régulièrement pour évaluer l'efficacité et les effets secondaires ;
- en cas de troubles cognitifs, faire vérifier les prises médicamenteuses par l'entourage, éviter les médicaments anticholinergiques et utiliser les doses les plus faibles possibles.

Psychothérapies

Les indications des psychothérapies dépendent non seulement de l'affection psychiatrique mais également de la demande et des capacités d'introspection du patient. Le rôle des psychothérapies de soutien est d'offrir une écoute pour le patient. Elles prennent essentiellement en compte les éléments de la réalité et ne cherchent pas à remettre en cause le fonctionnement psychique du sujet. Les thérapies comportementales peuvent être utilisées chez la personne âgée avec autant de succès que chez le sujet jeune dans des indications comparables. Les techniques de psychothérapie centrées sur le corps (relaxation, massage) sont intéressantes chez le sujet âgé. Elles ont pour objet de réinvestir le corps comme objet de plaisir et de relation. Elles aident le patient à contrôler lui-même ses perceptions corporelles, ce qui permet une réduction de l'anxiété. Les psychothérapies d'inspiration analytique sont parfois une bonne indication. On cherche, lors des premiers entretiens, à dresser le bilan des ressources psychiques disponibles. Le but de ces psychothérapies est de renforcer le Moi du patient afin que celui-ci affronte mieux les tensions auxquelles il est inévitablement soumis lors du vieillissement. Il est souvent utile de rechercher dans la vie et dans le passé du sujet des facteurs psychologiques positifs sur lesquels s'appuyer pour entreprendre le travail psychothérapeutique.

Par ailleurs, certaines affections psychiatriques chroniques de la personne âgée (dépression, démence) constituent une charge psychologique, voire financière lourde pour l'entourage. Elles sont susceptibles de perturber l'équilibre familial et sont volontiers à l'origine d'anxiété, voire de manifestations dépressives chez les proches. L'information, par le biais de réunions en présence d'un animateur ou par des lectures concernant la maladie, peut réduire ce stress. Parfois, la détresse d'un ou plusieurs membres de la famille nécessite une intervention psychothérapeutique spécifique. Selon les cas, on peut proposer un soutien psychothérapeutique individualisé, voire une thérapie familiale. Celles-ci sont particulièrement indiquées quand il existe des conflits familiaux et dans les situations de crise. Leur but est de dédramatiser une situation et d'assouplir le fonctionnement du groupe familial. Elles permettent de comprendre en quoi la

famille peut favoriser ou aggraver le trouble psychopathologique du patient et tentent d'apporter des solutions adaptées.

Acteurs, cadre de la prise en charge

Le médecin généraliste doit rester l'acteur principal de cette prise en charge. Son action est essentielle dans la coordination et le suivi des actions thérapeutiques. Cependant, l'intervention d'une équipe multidisciplinaire (médecins psychogériatre et gériologue, infirmière, assistante sociale, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue) est souvent indispensable pour évaluer les différentes affections, orienter les choix thérapeutiques et guider le suivi. Selon les compétences locales, cette équipe peut appartenir au secteur psychiatrique, à un service de psychiatrie ou de gériologie appartenant à un centre hospitalier universitaire ou à un hôpital général, à une clinique psychiatrique privée. Son action peut au mieux s'exercer par le biais d'un hôpital de jour.

Le traitement ambulatoire est souvent le plus approprié. Les réseaux d'aide à domicile sont de plus en plus nombreux et de qualité, ce qui permet au patient de bénéficier du passage d'une infirmière pour la distribution des médicaments, d'une aide-ménagère, de repas à domicile. Il est parfois nécessaire d'argumenter la nécessité de cette aide. En effet, l'introduction d'intervenants multiples chez le patient âgé souffrant de troubles psychiques, dans une période de faibles possibilités d'investissement, peut être vécue comme une intrusion. Un suivi à domicile peut être institué par le biais de l'équipe psychiatrique de secteur.

De plus, il est possible de proposer au patient de venir une ou plusieurs fois par semaine dans un centre de jour, structure qui a pour but la réhabilitation du patient tout en permettant le maintien au domicile. On peut également s'aider d'une association d'entraide aux personnes âgées, d'un club du troisième âge proposant différentes activités telles que de la gymnastique, des voyages, des activités culturelles.

En cas de risque auto- ou hétéroagressif, d'isolement du patient ou d'affection somatique grave associée, l'hospitalisation à temps plein est impérative, libre le plus souvent ou sur demande d'un tiers (HDT) en cas de refus de la personne âgée. Cette hospitalisation permet l'évaluation diagnostique, le bilan préthérapeutique, la surveillance du traitement, l'isolement éventuel du milieu familial. Dans un premier temps, le risque pour le patient âgé est de perdre ses repères mais l'avantage est pour lui d'être rassuré par la prise en charge somatique et psychologique. Au cours de

l'hospitalisation, il est important de freiner la régression et de ne pas prolonger le séjour inutilement. Nous présenterons maintenant une description des troubles psychiques pouvant survenir chez le sujet âgé, en commençant par les troubles thymiques.

Description des troubles psychiques

Troubles thymiques

Dépressions

La dépression est souvent méconnue et insuffisamment traitée.^{7,8} Dans une revue portant sur la littérature des dix dernières années, Charney et al.⁹ notent que, malgré l'existence de médicaments efficaces, la dépression du sujet âgé reste un problème de santé publique majeur. En effet, elle reste associée à une perte d'autonomie, à un déclin fonctionnel, une baisse de la qualité de vie, un accroissement de la mortalité lié aux comorbidités et aux suicides, un fardeau pour les aidants et une charge importante pour les services de santé.

Généralités

La dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquent chez le sujet âgé. Dans une revue portant sur 36 études, la prévalence de la dépression est comprise entre 2 et 61 %, avec 43,9 % de symptômes dépressifs, 25,7 % de dépressions mineures et 15,5 % de dépressions majeures.¹⁰ La prévalence diffère selon la définition de la dépression et la population considérée. La difficulté d'évaluation réside dans la différence entre maladie dépressive et symptômes d'allure dépressive. Un tiers des sujets âgés pourraient avoir des symptômes dépressifs temporaires liés à des maladies physiques concomitantes ou des difficultés sociales. En médecine générale, 15 à 30 % des sujets âgés ont des symptômes dépressifs significatifs. Le taux de dépression est de 13 % dans l'étude Paquid en Aquitaine. En population générale, les auteurs notent 2 à 3 % d'épisodes dépressifs majeurs, 1,4 % de dépressions atypiques et 13 % de dysthymies.^{11,12} La prévalence de la dépression est de 40 % en institution,¹³ soit deux fois plus que chez les patients ambulatoires.¹⁴

Il peut être difficile de différencier d'authentiques signes dépressifs des modifications cliniques liées au vieillissement physiologique ou des symptômes induits par une affection somatique ou iatrogène fréquente à cet âge.

Toute tristesse n'est pas signe de dépression. Elle ne le devient que lorsqu'elle s'associe à une perte d'intérêt et à un ralentissement. Il faut dis-

tinguer une phase dépressive faisant suite à un deuil, et qui doit être respectée, d'une authentique dépression qui nécessite impérativement un traitement.

La perte d'intérêt est pathologique quand elle est vécue comme désagréable, qu'elle est disproportionnée par rapport aux aptitudes physiques et intellectuelles du sujet ou qu'elle s'amplifie brutalement.

Une perte d'appétit est évocatrice de dépression si elle s'associe à un amaigrissement et à l'apparition ou l'aggravation de troubles du sommeil.

Cependant, elle n'est pas diagnostiquée dans 40 % des cas. Plusieurs raisons peuvent être évoquées :¹⁵⁻¹⁷

- le patient dénie ses troubles ; 43 % des sujets déprimés ne consulteraient pas un médecin ;
- les symptômes dépressifs sont attribués de façon erronée au vieillissement normal ;
- les symptômes sont atypiques : 60 % des patients âgés déprimés ont des plaintes somatiques ou des troubles cognitifs ou anxieux au premier plan.^{7,11}

Aspects cliniques de la dépression

La dépression peut être de survenue brutale ou apparaître de façon insidieuse au décours d'événements qui peuvent paraître insignifiants pour l'observateur. Elle peut avoir un aspect typique d'épisode dépressif majeur selon les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition (DSM-IV)* : tristesse pathologique avec douleur morale, ralentissement moteur et inhibition intellectuelle, amaigrissement et troubles du sommeil, sentiment d'inutilité ou de culpabilité, amaigrissement et troubles du sommeil, ruminations suicidaires. L'anxiété est souvent importante, parfois cause d'agitation. Par ailleurs, 60 % des patients âgés déprimés ont des plaintes somatiques.

Il faut cependant insister sur la diversité de l'expression clinique de la dépression chez la personne âgée.

Dépressions mélancoliques. Elles s'accompagnent de prostration et de mutisme ou au contraire d'agitation et d'irascibilité, d'une perte de poids volontiers importante et d'une insomnie prédominante en fin de nuit. L'hospitalisation en urgence est souvent nécessaire du fait du retentissement somatique rapide et du risque suicidaire.

Dépressions mélancoliques délirantes. Les dépressions mélancoliques délirantes posent des problèmes diagnostiques particuliers. Dans ces formes, le risque est de faire le diagnostic de délire chronique et de méconnaître l'aspect dépressif.

Les dépressions mélancoliques délirantes s'accompagnent de signes confusionnels, d'hallucina-

tions essentiellement auditives comportant des propos obscènes ou à thème de persécution, d'idées délirantes de culpabilité, d'incurabilité, de ruine, de dévalorisation. Il peut s'agir d'un délire de préjudice fondé sur des thèmes d'héritage convoité, d'ingratitude, de négligence volontaire de la part de l'entourage qui est accusé de malveillance.

Le syndrome de Cotard associe un sentiment de damnation, un délire de négation d'organes, un sentiment de nihilisme, un sentiment d'immortalité.

Équivalents dépressifs. Les signes de la dépression sont souvent atypiques chez la personne âgée. En particulier, la tristesse de l'humeur est facile à diagnostiquer quand elle est majeure, elle est plus difficile à mettre en évidence quand elle est mineure. Elle peut être remplacée par une indifférence affective, une impression de vacuité affective et corporelle. Par ailleurs, différentes manifestations pathologiques peuvent masquer le trouble de l'humeur. Le ralentissement peut se manifester sous la forme d'une fatigue.

Dépressions et troubles du comportement. Dans les dépressions hostiles,¹⁸ l'irritabilité, les manifestations agressives et les troubles caractériels sont au premier plan et constituent un mécanisme de protection vis-à-vis de l'autoagression et de l'auto-dévalorisation.¹⁹ Elles seraient fréquentes au cours de la maladie d'Alzheimer.

Les dépressions avec manifestations hystérisiformes sont caractérisées par une manipulation, une dépendance, une revendication vis-à-vis de l'entourage.

Les formes régressives se manifestent par un désinvestissement global. Elles peuvent survenir à l'occasion d'une modification des relations avec l'entourage ou d'une affection somatique. Les signes cliniques de dépression sont alors dominés par la régression affective et la dépendance aux autres. Puis les comportements vitaux ne sont plus assumés : refus de s'alimenter, incontinence, mutisme évoluant de façon rapide (syndrome de glissement). La grabatation, l'anorexie, l'impotence, les désordres hydroélectrolytiques font de ce tableau une urgence dont l'évolution peut être irréversible.

Le syndrome de Diogène, qui est un renoncement aux soins corporels et à l'entretien de la maison où s'entassent de multiples débris au cours du temps, peut également accompagner certaines dépressions.

Les troubles du comportement peuvent également prendre l'aspect d'un alcoolisme ou de conduites suicidaires.

Dépression et troubles somatiques. Dans ces formes dépressives, la symptomatologie dépressive

est au second plan derrière des manifestations somatiques et des plaintes diverses. Il peut s'agir de cénestopathies ou de préoccupations hypocondriaques. Les phénomènes douloureux sont des céphalées, des glossodynies, des douleurs de la sphère digestive, des douleurs polyarticulaires. D'autres symptômes sont fréquents tels qu'une constipation, des troubles de l'équilibre, un état de fatigue, un amaigrissement. Néanmoins, il ne faut pas méconnaître une éventuelle affection organique associée au trouble psychiatrique.

Dépressions et anxiété. La dépression peut être masquée par une anxiété conduisant à la prescription d'anxiolytiques seuls. Le sujet peut se plaindre d'une appréhension, d'angoisses inexplicables, d'une peur de sortir et d'une dépendance croissante à l'entourage. La comorbidité anxiété-dépression est fréquente.¹¹

Dépressions et troubles cognitifs. Vingt pour cent des dépressions du sujet âgé s'accompagnent de troubles cognitifs.^{20,21} Lorsque les troubles des fonctions intellectuelles sont importants, le problème est de savoir si la dépression est seule en cause ou si la dépression et la démence coexistent. En effet, il existe des similitudes entre démence et dépression au niveau comportemental (apragmatisme, ralentissement psychomoteur), cognitif (difficultés de concentration, troubles de mémoire) et affectif (troubles émotionnels, désinvestissement des activités habituelles, perte des intérêts) qui rendent difficile le diagnostic différentiel entre les deux maladies.

Diagnostic de la dépression. Dans ces formes atypiques, la présence de certains arguments cliniques tels que l'existence d'antécédents personnels ou familiaux de dépression ou la notion d'un événement déclenchant peut aider au diagnostic de dépression. Par ailleurs, il faut rechercher des signes évocateurs de dépression tels qu'un changement récent du comportement, des signes physiques comme une amélioration vespérale des troubles, une anorexie, des réveils matinaux précoces ou des signes psychologiques tels qu'une idéation suicidaire, une anxiété importante, un pessimisme vis-à-vis de l'avenir qui augmente.

Les examens complémentaires sont parfois nécessaires, en particulier pour éliminer une affection organique.

L'utilisation des différentes échelles de dépression a deux limites dans cette population. D'une part, la personne âgée a tendance à sous-estimer ses troubles dépressifs, ce qui rend difficile l'utilisation d'échelles d'autoévaluation, d'autre part, les échelles utilisées chez le sujet jeune, qu'il s'agisse d'instruments d'hétéroévaluation comme l'échelle de dépression de Hamilton (*Hamilton De-*

pression Rating Scale),²² l'échelle de Montgomery et Asberg (*Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*)²³ ou d'instruments d'autoévaluation comme l'échelle de Beck (*Beck Depression Inventory*),²⁴ accordent une valeur trop importante à certains items somatiques tels que des modifications de l'appétit ou du sommeil qui existent chez la personne âgée en dehors de toute pathologie.

Différentes échelles ont été élaborées spécifiquement pour le sujet âgé déprimé.²⁵ En particulier, le questionnaire de Yesavage et Brink (*The Geriatric Depression Scale*)²⁶ comporte des items permettant d'apprécier la baisse de l'efficacité cognitive ; les items portant sur les troubles de la libido sont supprimés et ceux portant sur les troubles somatiques ont un « poids » moindre que dans les échelles de dépression de l'adulte jeune.^{24,25,27}

Aspects étiologiques et nosographiques. Comme chez l'adulte jeune, la conception européenne de la dépression permet de différencier d'une part la dépression endogène que l'on évoque lorsqu'il existe des antécédents dépressifs ou maniaques, une amélioration thymique vespérale, des réveils matinaux précoces, des manifestations psychotiques, d'autre part la dépression réactionnelle qui suit de peu le traumatisme psychique (solitude, deuil, conflits familiaux ou déménagement) et semble en rapport avec lui. Enfin, dans les dépressions névrotiques, le trouble de la personnalité domine. Il s'agit souvent, chez la personne âgée, de dépressions narcissiques avec sentiment de vide et d'ennui.

Pour la nosographie américaine (DSM-IV), les troubles thymiques du sujet âgé font l'objet d'une classification qui est identique à celle du sujet jeune et qui comporte la dépression majeure, le trouble dysthymique et le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (DSM-IV). Notons cependant que la dépression délirante, particulièrement fréquente dans la population âgée, a été individualisée dans ce manuel.

Facteurs de risque de dépression. Selon une méta-analyse portant sur des études publiées entre 1967 et 2001, les principaux facteurs de risque de dépression chez le sujet âgé comportent les antécédents de dépression, le deuil, les troubles du sommeil, la perte d'autonomie plus encore chez les sujets de sexe féminin.¹⁵

En fait, dans la dépression de la personne âgée, il est probable qu'interviennent à la fois des facteurs psychologiques (perte d'objet causant une dépression narcissique) et des facteurs somatiques.^{7,28} En particulier, certains auteurs ont différencié les dépressions à début précoce (< 65 ans), au cours desquelles l'histoire psychiatrique familiale²⁹ et les troubles de la personnalité jouent un rôle impor-

tant, des dépressions à début tardif (> 65 ans) dans lesquelles les facteurs neurobiologiques seraient dominants.³⁰ Ces dernières sont caractérisées par la présence de troubles cognitifs, d'une atrophie cérébrale et de modifications de la substance blanche mises en évidence par les techniques d'imagerie cérébrale et par la survenue de récurrences et d'affections somatiques associées. Par ailleurs, la fréquence de l'allèle epsilon 4 de l'apolipoprotéine E est proche de celle des patients souffrant de maladie d'Alzheimer (MA) tandis que la fréquence de cet allèle dans la population de sujets à dépression à début précoce n'est pas différente de la population générale.³¹ Ce résultat suggère que les sujets souffrant de dépressions à début tardif pourraient avoir un risque accru de maladie d'Alzheimer.

La dépression est fréquente dans les différentes manifestations de la maladie cérébrovasculaire³² qu'il s'agisse d'accidents vasculaires cérébraux, de démences vasculaires ou de manifestations infracliniques comme la rigidité artérielle.³³ Les dépressions vasculaires, individualisées par Alexopoulos,³⁴ sont caractérisées par des facteurs de risque cardiovasculaire, de petits signes neurologiques et des modifications cérébrales visibles en imagerie témoignant de lésions cérébrovasculaires.

La dépression peut être secondaire à une maladie de Parkinson, une démence telle qu'une maladie d'Alzheimer ou à une démence à corps de Lewy. Elle peut également être associée à une affection endocrinienne (hypothyroïdie) ; la dépression peut être liée à une affection psychiatrique ou à la prise de médicaments dépressogènes (neuroleptiques, corticoïdes, digitaliques, L-Dopa). Inversement, la dépression peut constituer un facteur de vulnérabilité à différentes affections somatiques.

Évolution. La dépression du sujet âgé est sévère du fait du risque suicidaire dans la phase aiguë de la maladie et du risque de désinsertion familiale et sociale à plus long terme. Dans une méta-analyse, Cole et al.³⁵ ont montré que la dépression du sujet âgé avait un pronostic défavorable, qu'elle était associée à une évolution chronique, à des rechutes et qu'elle était insuffisamment traitée.

Suicide. La France a un taux de suicide des personnes âgées parmi les plus élevés en Europe de l'Ouest. Le taux de suicides chez les personnes âgées est le double de celui de la population générale. Le risque suicidaire pourrait être méconnu chez la personne âgée. En effet, deux tiers des suicidés consulteraient leur médecin dans le mois précédant le suicide.³⁶ Les plaintes alléguées ne sont pas des idées suicidaires mais un état de fatigue ou une anxiété.

Le suicide prédomine chez les individus de sexe masculin. Être veuf ou divorcé, vivre seul, avoir un

soutien social faible, souffrir d'une maladie somatique et/ou psychiatrique sont des conditions qui augmentent le risque de suicide.³⁷ Quel que soit l'âge, les troubles psychiatriques sont un facteur de risque de suicide, mais le poids représenté par la dépression augmente au fur et à mesure de l'avancée en âge.³⁸ Chez 69 patients âgés ayant des conduites suicidaires, Draper³⁹ observe que 87 % sont déprimés, 32 % sont alcooliques, 29 % souffrent d'affection organique cérébrale, 28 % ont un trouble de la personnalité. Les facteurs de risque seraient une dépression sévère, des idées suicidaires,⁴⁰ des tentatives de suicide antérieures :³⁷ 40 % des suicidés feraient une ou plusieurs tentatives de suicide avant l'acte suicidaire.⁴¹

Le risque suicidaire doit donc toujours être évalué. L'importance du sentiment de désespoir a été montrée dans différents travaux.

Dépressions chroniques, rechutes, récurrences. Une dépression d'évolution chronique est notée chez 18 à 40 % des patients.¹⁶ Il a été constaté, lors du suivi de patients déprimés pendant une période de 6 à 8 ans, 40 % de décès. Parmi les survivants, 33 % étaient en bonne santé, 24 % avaient une évolution à rechutes, 22 % avaient des symptômes résiduels, 11 % souffraient d'une dépression chronique et 9 % avaient une démence probable.⁴² Les tableaux sont soit d'évolution insidieuse, monotone, marqués par une somatisation, des troubles affectifs mineurs, une dépendance aux psychotropes, soit d'évolution sévère avec un retrait social. Un certain nombre de facteurs contribuent à ces évolutions défavorables.⁷ D'une part l'efficacité des antidépresseurs chez la personne âgée est inférieure à celle observée chez le sujet jeune, d'autre part le manque d'alliance thérapeutique joue certainement un rôle important puisque 70 % des patients ne suivent pas de façon correcte leur prescription.

Les facteurs prédictifs de la chronicité sont l'existence :

- d'une dépression mélancolique ou s'accompagnant d'idées délirantes ;^{43,44}
- d'une maladie somatique. Certaines dépressions peuvent masquer une affection somatique en particulier neurologique (démence, accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson) ou endocrinienne (hypothyroïdie), la dépression peut être liée à une affection psychiatrique ou à la prise de médicaments dépressogènes (barbituriques, neuroleptiques, corticoïdes, digitaliques, L-Dopa). Inversement, la dépression peut constituer un facteur de vulnérabilité à différentes affections somatiques.²⁸ Il est donc important de faire un bilan organique et des examens complémentaires au moindre doute ;

- de troubles cognitifs ou d'anomalies morphologiques cérébrales associées.^{2,20}

Les rechutes dépressives sont observées d'autant plus fréquemment qu'il existe des épisodes dépressifs antérieurs, que la dépression est sévère et qu'elle s'associe à une dysthymie. La survenue d'événements de vie marqués par des pertes et la coexistence d'une maladie somatique, en particulier si celle-ci est chronique, sont également des facteurs favorisant les rechutes.⁴³

Les récurrences sont fréquentes :⁴⁵ 40 % des patients présentent de nouveaux épisodes dépressifs ultérieurs (dans un délai de 12 mois après le premier épisode).²⁸ Les dépressions psychotiques ont un risque plus important de récurrences que les dépressions non psychotiques.⁴⁴

Certaines dépressions pourraient évoluer vers une démence.^{46,47} Il est donc important de réévaluer les fonctions cognitives à distance. En particulier, certains auteurs ont isolé la dépression à début tardif (> 65 ans) dans laquelle l'histoire psychiatrique familiale²⁹ et les troubles de la personnalité jouent un rôle moins important que dans la dépression à début précoce (< 65 ans). En revanche, ces dépressions sont caractérisées par la présence de troubles cognitifs, d'une atrophie cérébrale et de modifications de la substance blanche mises en évidence par les techniques d'imagerie cérébrale et par la survenue de récurrences et d'affections somatiques associées.⁴⁸ Enfin, Green et al.⁴⁹ ont montré que la présence de symptômes dépressifs chez le sujet âgé était un facteur prédictif du développement ultérieur d'une maladie d'Alzheimer.

Indications thérapeutiques. L'hospitalisation est indiquée en cas de risque de suicide, dans les formes mélancoliques et délirantes de dépression, en cas d'anorexie.

Les bases du traitement de la dépression du sujet âgé ont fait l'objet de recommandations récentes.⁵⁰ De nombreux essais randomisés ont montré que les antidépresseurs sont plus actifs que le placebo dans le traitement des accès dépressifs.^{16,28,38}

La majorité des antidépresseurs est aussi efficace chez le sujet âgé que chez le sujet jeune.

La comorbidité médicale entraîne probablement une vulnérabilité croissante aux effets indésirables. Cependant, les bénéfices du traitement chez la personne âgée l'emportent sur les risques de l'absence de traitement ou d'un traitement inadéquat.

La durée du traitement est liée à la prévention des récurrences. Les recommandations varient selon les auteurs de 4 mois asymptomatiques avant de rentrer dans une phase prophylactique, à un traite-

ment antidépresseur de longue durée (2 ans et plus). L'expérience suggère que le traitement doit être maintenu 6 mois après la rémission d'un premier épisode dépressif et 12 mois ou plus après le second.⁵⁰

En ce qui concerne les antidépresseurs, il n'existe pas de critères cliniques permettant de prédire l'efficacité d'une molécule donnée chez un patient âgé. En revanche, la nécessité de réduire les effets secondaires au minimum guide la prescription chez la personne âgée. Ainsi, bien que l'efficacité thérapeutique des antidépresseurs tricycliques soit incontestable, en première intention, ils sont souvent délaissés au profit des antidépresseurs récents mieux tolérés.

Les inhibiteurs de recapture de la sérotonine ont la même efficacité que les tricycliques avec une meilleure sécurité d'emploi et moins d'interactions médicamenteuses. Selon que l'inhibition psychomotrice ou l'anxiété domine le tableau clinique, on prescrit respectivement un antidépresseur psychotonique (fluoxétine), sédatif (paroxétine, fluvoxamine) ou intermédiaire (citalopram, sertraline). Il n'y a pas lieu de prescrire un anxiolytique ou un somnifère en première intention.

La miansérine et la mirtazapine sont indiquées dans les dépressions anxieuses. La venlafaxine et le minalcipram sont également intéressants en cas de dépressions anxieuses. La tianeptine est utilisée dans les dépressions anxieuses ou s'accompagnant de troubles somatiques. Les nouveaux IMAO de type A réversible (toloxatone, moclobémide) et la viloxazine s'avèrent utiles en cas de dépression avec ralentissement du fait de leurs propriétés psychostimulantes.

À court terme, les antidépresseurs n'ont pas seulement un effet bénéfique sur les troubles thymiques mais également sur les manifestations cognitives.⁵¹ Dans une étude longitudinale, Allard et al.⁵² n'ont pas montré d'effets néfastes des antidépresseurs sur les fonctions cognitives.

Les patients souffrant d'une dépression délirante bénéficient de l'association d'antidépresseur et de neuroleptique.

Il existe très peu d'études portant sur le traitement de la dépression chez les sujets de plus de 80 ans. Les recommandations cliniques pour les sujets de plus de 80 ans sont extrapolées à partir des données connues pour les sujets d'âge moyen ou établies sur de petits nombres de sujets très âgés.

Il faut maintenir le traitement pendant 4, voire 6 semaines avant de décider d'un changement de traitement. En cas de non-réponse, plutôt que d'associer un second antidépresseur comme chez l'adulte jeune, il est préférable de prescrire une molécule d'une autre classe.

Actuellement, les auteurs recommandent de poursuivre le traitement d'entretien pendant 12 mois.⁵⁰ Les récurrences d'épisode dépressif sont favorisées par l'existence d'épisodes antérieurs et d'antécédents familiaux. Différents auteurs conseillent de poursuivre le traitement aux mêmes doses pendant une durée supplémentaire de 1 à 5 ans ou d'instaurer un traitement par thymorégulateur. L'utilisation du lithium et du valproate de sodium doit être précisée chez la personne âgée.⁶

L'électroconvulsivothérapie, pratiquée en milieu hospitalier en présence d'un anesthésiste-réanimateur, n'a quasiment aucune contre-indication. Bien que peu de travaux randomisés aient été pratiqués,⁵³ son efficacité a été montrée par plusieurs auteurs.⁵⁴⁻⁵⁶ Elle est discutée lorsque le pronostic vital est mis en jeu (agitation ou stupor ou délire avec risque suicidaire, troubles somatiques majeurs) ou en cas d'effets secondaires importants ou de résistance aux antidépresseurs. Les rechutes après électroconvulsivothérapies sont fréquentes : le maintien au long cours de la électroconvulsivothérapie ou le relais par les antidépresseurs restent à évaluer.⁵⁴ Certains auteurs ont montré que les électroconvulsivothérapies au long cours n'induisaient pas plus de troubles cognitifs que le traitement antidépresseur prolongé.⁵⁷

Plusieurs équipes ont également montré le bénéfice de la stimulation transcrânienne dans le traitement de la dépression du sujet âgé.²¹

Différentes psychothérapies (psychothérapie de soutien, psychothérapie d'inspiration analytique, thérapie comportementale, thérapies cognitives, thérapie familiales, thérapie de couple, thérapie de groupe) ont été proposées dans le traitement de la dépression du sujet âgé. Il persiste des incertitudes sur l'évaluation de leur impact authentique et sur leur mécanisme d'action. Les recherches ayant comparé différentes approches psychothérapeutiques n'ont pas conclu à l'efficacité d'une modalité par rapport à une autre. Elles sont de réalisation souvent difficile du fait de l'absence de thérapeutes formés à la fois à ces techniques et à la prise en charge des personnes âgées.

La réhabilitation psychosociale : stimulation de la mémoire, réapprentissage de certains savoir-faire (cuisine, bricolage), mobilisation du corps est souvent indispensable dans la prise en charge du sujet âgé déprimé. Elle peut se faire par le biais d'un centre de jour. La réhabilitation psychosociale aide à réinsérer le patient déprimé dans son cadre de vie antérieur (mais les hôpitaux et/ou centres de jour susceptibles d'accueillir ces patients sont très rares et ont des capacités insuffisantes par rapport à la demande).

Dans un second temps, le sujet âgé déprimé peut bénéficier de différentes psychothérapies. En par-

ticulier, les psychothérapies structurées brèves seraient indiquées dans cette population. Par ailleurs, il est souvent nécessaire de mettre en place un réseau d'aides à domicile. Enfin, le soutien psychothérapique de la famille joue également un rôle essentiel dans le succès de la prise en charge du patient âgé déprimé.

Conduite à tenir vis-à-vis de la dépression chez la personne âgée.

- Reconnaître la dépression : souvent atypique, associée à des symptômes anxieux, à des symptômes d'allure somatique et/ou cognitifs.
- Évaluer le risque de suicide et/ou de désinsertion familiale et sociale.
- Prendre en charge de façon multidimensionnelle : médico-psycho-sociale.
- Suivre l'évolution afin d'éviter rechutes, récurrences, chronicité.
- S'assurer de l'absence de troubles cognitifs à distance.

Troubles maniaques

Ils représentent 5 à 10 % des troubles thymiques.⁵⁸

Aspects cliniques

Ils peuvent être à début précoce ou tardif. À la différence de la dépression, il n'a pas été mis en évidence de corrélation entre l'âge de survenue de la manie et l'existence d'anomalies morphologiques cérébrales. Cependant, les manies à début tardif sont souvent associées à des maladies somatiques en particulier neurologiques (processus intracrâniens, démence, accident vasculaire cérébral), des états postopératoires, des traitements par des corticoïdes ou de la L-Dopa et appelées manies secondaires. Les facteurs génétiques semblent y jouer un rôle moindre que dans les manies à début précoce.

Les manies du sujet âgé sont moins typiques que chez l'adulte jeune du fait de l'intrication fréquente à des symptômes somatiques. L'expansivité et l'euphorie tendent à être remplacées par une agitation stérile avec agressivité. Des troubles cognitifs, une confusion et une désorientation sont souvent observés. Il faut également souligner la fréquence des états mixtes associant des symptômes maniaques et dépressifs.⁵⁸ Il n'est pas toujours aisé de distinguer ces états pathologiques des démences, des états confusionnels ou des troubles schizophréniformes. Les épisodes sont habituellement plus longs que chez l'adulte jeune.

Indications thérapeutiques

En l'absence d'études consacrées spécifiquement à l'utilisation et à l'efficacité des nouveaux thymorégulateurs (carbamazépine, acide valproïque) chez les patients maniaques âgés, les neuroleptiques et le lithium restent les traitements de choix de cette affection. Les états mixtes requièrent un traitement associant un antidépresseur et un neuroleptique, puis une prévention des récurrences par un thymorégulateur.⁵⁸

Troubles névrotiques et anxieux

Aspects épidémiologiques

L'anxiété-symptôme chez le sujet âgé a une prévalence variant de 6 à 33 % selon les études. Chez la personne âgée, les symptômes névrotiques fluctuent au cours du temps, les symptômes hypochondriaques étant plus fréquents que les symptômes obsessionnels, hystériques, phobiques. Ces manifestations névrotiques tendent à disparaître au profit de symptômes moins spécifiques anxieux ou dépressifs.⁵⁸ En effet, la prévalence de la « dépression névrotique » dans une population âgée a été évaluée à 13 %. Les troubles névrotiques caractérisés semblent relativement rares comme en témoigne le chiffre de prévalence de 2,4 % (névrose d'angoisse : 1,1 %, névrose phobique 0,7 %, névrose hypochondriaque : 0,5 %, névrose obsessionnelle : 0,1 %) dans un échantillon de plus de 1 000 sujets de plus de 65 ans.⁵⁹

Aspects cliniques

Le tableau clinique est parfois typique associant des manifestations psychiques (sentiment de malaise, d'insécurité, de menace) et des manifestations physiques (oppression thoracique, striction laryngée, tachycardie, polypnée). Il ne faut pas méconnaître alors certaines affections somatiques telles qu'une hyperthyroïdie, une arythmie cardiaque, une embolie pulmonaire, une hypotension orthostatique ou une hypoglycémie qui s'accompagnent fréquemment d'une anxiété sévère.

Cependant, l'expression de l'anxiété est souvent atypique chez le sujet âgé. En particulier, au cours de certains états pathologiques volontiers chroniques chez le sujet âgé, il n'est pas toujours aisé de faire la part de la dépression et de l'anxiété. En effet les plaintes somatiques, l'asthénie et les craintes diverses dominent tandis que la symptomatologie dépressive est très atténuée. Par ailleurs, l'anxiété peut se manifester par des plaintes concernant les fonctions cognitives en particulier mnésiques pouvant évoquer une démence débutante. Enfin, l'expression comportementale de l'anxiété n'est pas rare chez la personne âgée. Il

peut s'agir soit d'une inhibition psychomotrice, soit au contraire d'une excitation psychomotrice avec agitation, comportement d'hyperactivité, voire fugues. Il faut signaler la fréquence du recours à l'alcool dans cette population.

Entités nosographiques

Anxiété réactionnelle

L'anxiété réactionnelle est une situation fréquente survenant à la suite de la confrontation du sujet âgé à une situation éprouvante. Il est parfois difficile de distinguer l'anxiété de la peur ou du stress qui n'ont pas de valeur pathologique. Cette anxiété est généralement accessible à la réassurance. En revanche, l'anxiété, invalidante dans la vie quotidienne et insensible au soutien et aux mesures visant à supprimer le stress psychosocial en cause, correspond au diagnostic de trouble de l'adaptation avec manifestations anxieuses dans le DSM-IV.

Névroses

Névrose d'angoisse. Nous rappellerons qu'au cours des dernières années, la névrose d'angoisse a été démembrée sous l'influence des écoles de psychiatrie américaine en deux entités distinctes : le trouble panique caractérisé par la récurrence d'attaques de panique ou de crises aiguës d'angoisse et l'anxiété généralisée constituée d'un fond anxieux chronique et permanent (DSM-IV).

Les attaques de panique ne seraient pas rares mais méconnues. Les patients, en particulier âgés, qui en souffrent sont souvent difficiles à traiter car ils ont souvent suivi un long parcours médical, subi de nombreux examens complémentaires et reçu plusieurs traitements somatiques avant d'être orientés vers une prise en charge psychiatrique.

En l'absence de traitement, le trouble peut évoluer vers une agoraphobie qui, chez la personne âgée, peut se manifester par une peur de tomber dans la rue. Cette agoraphobie peut devenir très invalidante entraînant un confinement au domicile avec recours à des services d'aides au maintien au domicile et à une hyperprotection par l'entourage.

L'anxiété généralisée est souvent d'évolution prolongée, voire chronique chez la personne âgée.

Autres névroses. L'hypocondrie névrotique se caractérise par la peur d'une maladie somatique généralement centrée sur un organe ou une fonction, exprimée sur un mode répétitif, pauvre et insistant. Le tube digestif est habituellement mis en cause chez la personne âgée. La dépression est fréquemment associée. Quelques examens complémentaires sont parfois nécessaires pour s'assurer de l'absence de trouble organique et rassurer le patient. Ils ne doivent pas être multipliés.

Les névroses hystériques évoluent souvent vers des dépressions traînantes à symptomatologie anxieuse et hypocondriaque et des états régressifs aigus.

Au cours des névroses obsessionnelles de la personne âgée ou troubles obsessionnels compulsifs, les idées obsédantes, les compulsions et les rites ont tendance à s'appauvrir. Cependant, des réactivations anxieuses et des décompensations sur un mode dépressif sont toujours possibles à l'occasion d'une perte.

Anxiété secondaire

L'anxiété peut être induite par l'absorption de caféine en quantité excessive, de médicaments ou par le sevrage d'un médicament. L'anxiété peut être secondaire à différentes affections somatiques ou psychiatriques (confusion mentale, dépression). En particulier, la présence d'une anxiété accompagnant une perte de mémoire est un symptôme prédictif d'un déclin cognitif ultérieur.⁶⁰

Indications thérapeutiques

L'anxiété réactionnelle ou situationnelle et le trouble de l'adaptation bénéficient de la réassurance et du soutien psychothérapeutique, ainsi que d'une approche familiale et sociale. Une revue récente de la littérature a montré la supériorité des interventions psychologiques par rapport au placebo dans l'anxiété du sujet âgé.⁶¹

Lorsque l'anxiété est persistante et marquée, les benzodiazépines en cure courte sont utiles. Elles permettent de réduire l'anxiété et facilitent la mise en place des processus adaptatifs du sujet. En revanche, en cas d'évolution chronique du trouble, le traitement, plus difficile, comprend la prise en charge psychothérapeutique et un traitement antidépresseur en cas d'évolution vers un syndrome dépressif.

Les approches préconisées chez le sujet jeune souffrant d'agoraphobie (thérapies comportementales), d'attaque de panique (antidépresseurs sérotoninergiques) s'appliquent au sujet âgé. Le traitement de l'anxiété généralisée est souvent difficile. Un abord psychothérapeutique du trouble est préférable à la prescription d'un psychotrope. Néanmoins les recrudescences anxieuses justifient l'emploi d'un traitement chimiothérapeutique soit par une benzodiazépine, soit par la buspirone ou encore par un antidépresseur anxiolytique à faibles doses.

Les névroses hystériques sont peu sensibles aux psychotropes et aux psychothérapies. Les névroses obsessionnelles du sujet âgé sont, comme chez l'adulte jeune, plus accessibles aux antidépresseurs qu'aux anxiolytiques.

Quel que soit le trouble anxieux, si l'on prescrit une benzodiazépine, il faut utiliser la dose la plus

faible possible et sur de courtes périodes de 4 à 8 semaines. L'arrêt du traitement doit être progressif. Lorsque le traitement par benzodiazépines est ancien, il faut consacrer plusieurs mois au sevrage en diminuant la dose quart de comprimé par quart de comprimé. La prescription en relais d'un antidépresseur peut aider à l'interruption progressive du traitement anxiolytique.

Par ailleurs, il est essentiel d'organiser la prise en charge des maladies somatiques et psychiatriques fréquemment associées aux troubles anxieux.

Troubles délirants

Les troubles délirants de la personne âgée sont très divers du point de vue des manifestations observées, des conséquences comportementales et des causes possibles.

Aspects cliniques et nosographiques des psychoses chroniques

Troubles délirants aigus

Les troubles délirants aigus sont fréquemment associés à des manifestations confusionnelles. Il s'agit soit de troubles thymiques, soit de troubles psycho-organiques (délires secondaires à des affections cérébrovasculaires, délires secondaires à des démences telles que la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy ou la maladie de Parkinson). En revanche, les bouffées délirantes aiguës du sujet âgé sont rares.

Troubles délirants chroniques

En ce qui concerne les troubles délirants chroniques, il faut différencier, chez la personne âgée, les psychoses chroniques vieilles : schizophrénies, délires chroniques (paranoïa, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénies) des psychoses apparaissant spécifiquement chez la personne âgée. L'évolution des psychoses chroniques est très variable d'un patient à l'autre.

La prévalence de la schizophrénie est évaluée entre 0,5 et 1 % chez la personne âgée aux États-Unis.⁶² En ce qui concerne ses symptômes 62 % disparaissent dans le grand âge, 11 % s'atténuent, 27 % restent inchangés ou s'aggravent. Le délire et les hallucinations tendent à s'atténuer tandis que l'indifférence, le retrait affectif, l'aboulie, le négativisme, le maniérisme, les stéréotypies persistent.⁶³ L'évolution se fait globalement vers une disparition de la spécificité et un émoussement des manifestations pathologiques. L'évolution des fonctions cognitives est mal connue. Pour Cohen,⁶⁴ l'évolution des schizophrénies dans le grand âge est caractérisée par une réduction des symptômes po-

sitifs et négatifs, par une baisse des fonctions cognitives et une augmentation du rapport ventricule/cerveau. Le réseau social du patient tend également à se réduire. Les hospitalisations sont moins liées à des symptômes médicaux aigus qu'à des raisons sociales comme des demandes d'hébergement.

Certains délires chroniques d'apparition tardive se manifestent chez des sujets âgés en particulier de sexe féminin n'ayant aucun antécédent de délire. Ils débutent de façon insidieuse. Le délire est bien construit, plus ou moins systématisé. Son contenu est pauvre, concret, recentré sur l'univers de la personne âgée et son propre corps. Les thèmes font référence à la situation actuelle du patient. Les thèmes de persécution et de préjudice (jalousie, intrusion du domicile, vol, déplacement d'objet) et hypocondriaques (persécution par les organes, par ce qu'ils peuvent sécréter ou par des éléments qui peuvent les envahir ou les parasiter : syndrome d'Ekbom) sont les plus fréquents. Les mécanismes sont interprétatifs, imaginatifs, voire hallucinatoires. Il n'y a ni idée d'influence, ni automatisme mental, ni trouble du cours de la pensée, ni dissociation. On note la présence fréquente de manifestations émotionnelles et de modifications de l'humeur. Ces manifestations dépressives sont concomitantes du délire ou alternent avec des périodes au cours desquelles le délire est atténué. Des troubles du comportement sont possibles : refus des contacts habituels, conduites agressives, démarches quérulentes auprès des instances policières et juridiques. Leur évolution est chronique.

Certains facteurs, tels qu'un isolement sensoriel, social ou un événement stressant : mort du conjoint, mise en retraite, changement de lieu de vie, favorisent l'apparition de ces délires tardifs. Des antécédents de victime d'abus sexuel précoce et d'infertilité prédisposeraient également à ce trouble. Ces délires sont observés de façon privilégiée chez certaines personnalités dépendantes, narcissiques, solitaires, timides, réservées. Ces délires ont une valeur adaptative. Ils représentent une réaction active de la personnalité contre une position dépressive générée par le deuil que le patient doit faire de sa propre image.

La situation nosographique des troubles délirants chez la personne âgée fait l'objet de discussions. En ce qui concerne les schizophrénies dont on sait l'extension du concept dans la nosographie américaine par rapport à la nosographie européenne, les auteurs américains reconnaissent la survenue de la maladie après 45 ans, voire chez la personne âgée. Le trouble délirant (paranoïaque) existe mais est rare chez la personne âgée. Par ailleurs, la paraphrénie tardive décrite par Roth et Morrissey⁶⁵

comporte des idées délirantes et des hallucinations avec une relative conservation des capacités intellectuelles, de la personnalité et de la mémoire. Elle survient préférentiellement chez les femmes âgées et est favorisée par différents facteurs tels que des troubles de la personnalité, un isolement social, des altérations sensorielles et des lésions cérébrales organiques. Bien que ce concept soit reconnu par un certain nombre d'auteurs, il a été retiré du DSM-IV et de la Classification internationale des maladies 10 (CIM-10).

Indications thérapeutiques

Le plus souvent, il est préférable de soigner le patient dans son cadre de vie habituel soit au domicile, soit en institution. L'hospitalisation est parfois nécessaire en cas d'incurie, de difficulté de la prise charge familiale ou d'équilibration du traitement ou en cas de dangerosité pour le patient ou l'entourage.

Peu de données existent sur la prise en charge pharmacologique des troubles psychotiques (troubles psychotiques primaires, troubles affectifs délirants ou troubles neurodégénératifs) chez le sujet âgé.^{66,67}

Les neuroleptiques constituent le traitement de choix des troubles délirants du sujet âgé. Cependant, il est préférable de ne traiter par une de ces molécules que si le délire est source d'angoisse, de souffrance pour le patient ou d'une dangerosité pour lui ou son entourage.

Le choix du neuroleptique chez la personne âgée est guidé par deux nécessités : d'une part choisir une molécule adaptée en fonction des symptômes, d'autre part réduire les effets secondaires au minimum. Il est difficile de juger d'avance de la susceptibilité du sujet âgé aux neuroleptiques. Chez la personne âgée, les molécules utilisées sont le tiapride, l'amisulpiride, l'halopéridol ainsi que les neuroleptiques atypiques du fait de leur meilleure tolérance, la rispéridone, l'olanzapine.⁶⁸ Les neuroleptiques retard ont peu de place chez la personne âgée du fait des effets secondaires et des difficultés à moduler le traitement.

La dose efficace la plus faible possible doit être utilisée. En effet, des doses très faibles sont parfois à l'origine d'une nette amélioration. Elles ont l'avantage de ne pas abraser trop rapidement le délire qui joue souvent une part importante dans l'économie psychique du patient âgé.

Lorsque l'action bénéfique du traitement a été obtenue, on ajuste les doses pour maintenir l'amélioration sans rechercher la disparition complète du délire mais un état compatible avec la vie sociale résiduelle du sujet âgé. Par ailleurs, il faut souligner l'efficacité des antidépresseurs en association

avec les neuroleptiques dans les délires chroniques apparaissant spécifiquement au cours du grand âge. La durée du traitement dépend de l'affection psychiatrique. Par ailleurs, il ne faut négliger ni le soutien psychothérapeutique, ni une éventuelle action sur l'entourage.^{58,69}

États confusionnels

La fréquence du syndrome confusionnel chez les personnes âgées hospitalisées est de 20 à 50 % selon les études.⁷⁰ Le syndrome confusionnel est une urgence gériatrique, qui est caractérisée par une perturbation de la conscience et du fonctionnement cognitif s'installant sur une courte période (DSM-IV). Il est souvent difficile à reconnaître chez la personne âgée, d'autant que les symptômes fluctuent au cours de la journée. En effet, dans cette population, les troubles de la vigilance sont généralement d'évolution plus progressive, l'onirisme plus pauvre et les signes généraux moins marqués que chez l'adulte jeune. En revanche, l'anxiété, la désorientation temporo-spatiale, les perturbations du sommeil et les troubles du comportement sont souvent au premier plan. Parfois, les signes cliniques n'ont aucune spécificité : il s'agit de propos décousus et répétitifs, d'une grande distractibilité, d'une attitude d'opposition, d'une agressivité. C'est la notion de modification récente du comportement qui permet de penser au diagnostic.

Le syndrome confusionnel doit être différencié des démences, des dépressions et des troubles délirants. Cependant, la démence est un facteur favorisant fréquent et peut donc être associée au syndrome confusionnel. L'histoire clinique, l'examen physique en particulier neuropsychiatrique aident au diagnostic. L'évaluation globale des fonctions cognitives, en utilisant par exemple le MMSE de Folstein,⁴ est indispensable. Les examens complémentaires sont demandés en fonction du contexte clinique.

Le syndrome confusionnel est habituellement multifactoriel et peut être interprété comme une décompensation cérébrale aiguë secondaire à la sommation de trois types de facteurs : le vieillissement qui diminue les réserves fonctionnelles et la résistance au stress, les maladies neurologiques, en particulier les démences (maladie d'Alzheimer, démence à corps de Lewy, maladie de Parkinson) et les facteurs précipitants organiques ou psychoenvironnementaux. Les principales affections causales sont les infections (pneumopathies, infections urinaires), les hypoxies liées à une insuffisance cardiaque ou respiratoire chronique, les intoxications ou le sevrage de substances actives sur le système nerveux central (psychotropes, médicaments opioï-

des, alcool), les anomalies électrolytiques, une insuffisance rénale ou hépatique ou encore certaines affections neurologiques telles qu'une méningite, une tumeur maligne, une épilepsie, un accident vasculaire cérébral ou un hématome sous-dural. Un stress tel qu'une intervention chirurgicale, un traumatisme, un deuil ou un changement de cadre de vie (entrée en institution) sont également susceptibles de favoriser sa survenue. L'évolution et le pronostic dépendent de l'état somatique et psychique du sujet et de la durée de l'accès. Quinze à 30 % des états confusionnels sont à l'origine du décès du patient. L'évolution peut se faire soit vers l'apparition soit vers l'aggravation d'un syndrome démentiel préexistant. Il est donc impératif de réévaluer l'état cognitif à distance.

Le traitement, qui est une urgence médicale, impose souvent l'hospitalisation. Il est dominé par les soins de nursing en particulier la réhydratation.⁷⁰ L'aspect essentiel de la prise en charge est la recherche et le traitement du ou des facteurs déclenchants. Un environnement calme favorise la réorientation du patient. Les psychotropes risquent d'entretenir ou d'aggraver la confusion. En cas d'agitation, il est possible de prescrire un psychotrope pour une courte période par exemple le méprobamate ou un neuroleptique, en particulier une benzamide comme le tiapride ou l'amisulpiride. La surveillance est clinique et biologique.

Les mesures préventives du syndrome confusionnel sont essentielles : limitation des médicaments, source de confusion, maintien d'une nutrition et d'une hydratation adaptée, prévention des escarres et des chutes.

Alcoolisme

La prévalence de l'alcoolisme chez la personne âgée varie entre 2 et 10 % selon les études, cette imprécision témoignant des difficultés rencontrées lors de son évaluation.⁷¹

Aspects cliniques

Plusieurs facteurs rendent le diagnostic difficile à faire chez la personne âgée. Les quantités consommées sont trompeuses car modérées, la consommation est solitaire, en cachette ou méconnue par l'entourage et le médecin. Ailleurs, le déni de l'alcoolique est partagé par l'entourage. La consommation d'alcool est fréquemment associée à celles de psychotropes. Il est alors difficile de faire la part de chaque trouble. Par ailleurs, les conséquences cognitives, somatiques, biologiques de l'alcoolisme risquent d'être interprétées comme des signes d'affections organiques comme une démence, une affection neurologique, rhumatologi-

que, hépatique ou rénale. Enfin, l'alcoolisme se révèle souvent à l'occasion d'une complication somatique ou psychiatrique.

Les signes témoignant de l'alcoolisme ne sont pas spécifiques. Ils sont à type de troubles du caractère, de tendance à l'isolement, de troubles de l'humeur, d'anxiété, de troubles du sommeil, de troubles mnésiques, de troubles du comportement. Ils peuvent évoquer une démence sénile de type Alzheimer ou une dépression. Leur fluctuation au cours de la journée ou d'un jour à l'autre est en faveur de l'alcoolisme. Certains signes sont évocateurs tels qu'une incurie, une dénutrition, un amaigrissement, des antécédents de chute et de fracture. Il est également souhaitable de rechercher de petits signes somatiques : teint congestionné ou terreux, dilatations capillaires du visage, conjonctives jaunâtres, tremblements. Les signes biologiques sont peu spécifiques (élévation des gammaglutamyl-transférases, des transaminases, du volume globulaire moyen).

Les alcoolopathies de la personne âgée ne sont pas différentes de celles du sujet jeune et sont sévères : cancer des voies aérodigestives supérieures, troubles hépato-gastro-entérologiques (cirrhoses, cancers hépatiques, pancréatites, gastrites), troubles cardiovasculaires, troubles de la fonction sexuelle. Les chutes et les fractures peuvent avoir des conséquences graves dans cette population.

Les troubles neuropsychiatriques sont nombreux : ivresses accompagnées de troubles du comportement, troubles cognitifs, syndrome cérébelleux, polynévrite des membres inférieurs, névrite optique rétrobulbaire, épilepsie, syndrome de Korsakoff, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, démence alcoolique. Le diagnostic différentiel entre démence alcoolique et démence sénile de type Alzheimer peut être difficile. L'alcoolisation peut accompagner ou compliquer la démence, les deux troubles s'aggravant l'un l'autre. La poursuite de la démence malgré l'abstinence est en faveur de la démence sénile de type Alzheimer.

La comorbidité psychiatrique est fréquente. Il peut s'agir de troubles de l'humeur (dépression et dysthymie), de troubles anxieux (anxiété généralisée, trouble phobique, trouble panique) et de conduites suicidaires.

Aspects nosographiques

Deux types d'alcoolisme sont individualisés : d'une part un alcoolisme à début précoce et ayant vieilli (deux tiers des patients) et d'autre part un alcoolisme à début tardif (après 60 ans). Les principaux facteurs de risque de l'alcoolisme à début tardif sont l'isolement, le veuvage, la présence au foyer d'un conjoint infirme ou grabataire, les maladies

physiques graves ou invalidantes, l'existence d'une maladie cérébrale organique. Les alcoolismes à début tardif correspondent à une tentative de résolution de difficultés sociales et affectives apparues au cours de la vieillesse.

Certains critères diagnostiques de l'alcoolodépendance de la CIM-10 et du DSM-IV tels que l'alcoolisation lors des obligations majeures et l'abandon d'activités sociales et de loisir s'appliquent mal au sujet âgé. Par ailleurs, la tolérance à l'alcool est réduite chez le sujet âgé.

Indications thérapeutiques

Comme chez le sujet jeune, l'abstinence est indispensable au traitement de l'alcoolisme. Elle nécessite que le patient soit informé des conséquences somatiques et psychiques de l'alcoolisation excessive et de la notion de dépendance à l'alcool. Elle est précédée d'une période de sevrage qui n'est possible que lorsque le patient participe activement au traitement et qui est faite à l'hôpital du fait de la fréquence de survenue des manifestations hallucinatoires (zoopsies) et confusionnelles (désorientation temporo-spatiale) dans cette population. Le traitement prophylactique du sevrage comporte la réhydratation, la vitaminothérapie et un tranquillisant à doses faibles. Il doit être prolongé pendant au moins 2 semaines et comporte essentiellement des tranquillisants. Il est également important de traiter les affections somatiques et psychiatriques associées à l'alcoolisme.

Les traitements antabusés tels que l'acamprostate ou le naltrexone et les traitements pharmacologiques visant à réduire l'appétence à l'alcool ont pour but le maintien de l'abstinence. Leur inconvénient est de déresponsabiliser le patient. En revanche, différents types de psychothérapies (thérapie de soutien, analytique, cognitivocomportementale, systémique) peuvent être proposés au patient âgé alcoolique. Enfin, l'intervention sociale est le plus souvent indispensable chez l'alcoolique âgé. En particulier, il est important de favoriser les activités du sujet au sein de clubs du troisième âge et la fréquentation d'un mouvement d'anciens buveurs (Alcooliques Anonymes, Croix d'Or, Croix bleue, Vie libre).

Troubles du sommeil

Des enquêtes utilisant des questionnaires révèlent qu'environ 35 % des sujets de plus de 60 ans ont des plaintes de mauvais sommeil.⁷² Les sujets âgés souffrent de baisse de l'efficacité du sommeil, d'éveils fréquents et prolongés au cours de la nuit, de réveils matinaux précoces et d'une augmentation de la somnolence au cours de la journée.^{72,73}

Les troubles du sommeil invalident de façon importante l'individu âgé du fait de la somnolence qu'ils entraînent pendant la journée. Inversement, cette somnolence retentit sur la qualité du sommeil nocturne, l'ensemble du processus pouvant participer à une désinsertion sociofamiliale surtout si le sujet âgé est contraint à rester allongé une grande partie du temps ou s'il est rendu inactif du fait de déficits sensorimoteurs. Il est donc nécessaire de faire un examen précis du sujet afin de rattacher le trouble du sommeil à son contexte pathologique.

En pratique clinique, il est important d'évaluer si la plainte de sommeil s'intègre dans le cadre des modifications physiologiques du sommeil et de la veille ou des rythmes circadiens liées au vieillissement. Elle peut également être en rapport avec des règles d'hygiène de vie défectueuses. Enfin, elle peut témoigner soit d'un trouble spécifique du sommeil, soit d'une affection somatique ou psychiatrique qui requiert un traitement spécifique.⁷²

Bilan clinique

Le bilan est identique à celui du sujet jeune. La gravité du trouble du sommeil est appréciée par son retentissement sur la qualité de la journée. Les habitudes du patient doivent être précisées en particulier ses horaires de lever et de coucher, ses activités diurnes, son alimentation, sa consommation d'alcool, d'excitants (thé, café), son environnement sonore.

L'agenda de sommeil qui est un outil d'autoévaluation quotidienne du sommeil et de la veille est complété pendant 3 à 4 semaines par le patient. Il permet de visualiser les progrès du sujet lors du traitement.

Au terme de ce bilan clinique, le diagnostic du trouble du sommeil est le plus souvent posé. Parfois des examens complémentaires spécifiques sont nécessaires : enregistrement actométrique des mouvements du sujet, enregistrement polygraphique du sommeil au laboratoire ou en ambulatoire.

Sommeil et veille

Les modifications du sommeil et de la veille liées au vieillissement ont été étudiées par des questionnaires et des enregistrements polygraphiques. Les graphoéléments du sommeil sont modérément altérés par le vieillissement et rendent l'évaluation des différents stades de sommeil plus difficile que chez le sujet jeune. Néanmoins les critères de Rechtschaffen et Kales⁷⁴ restent utilisés pour l'évaluation des différents stades de sommeil dans la population âgée.^{72,75,76}

Lors du vieillissement, le temps passé au lit augmente, tandis que le temps de sommeil total est soit diminué, soit inchangé, ce qui entraîne une

baisse de l'efficacité du sommeil. La latence d'endormissement est augmentée ou inchangée. Les durées du sommeil de stade 1 et de stade 2 sont modérément accrues mais surtout la durée du sommeil lent profond est considérablement diminuée en particulier le stade 4. Le sommeil paradoxal a une durée modérément réduite mais surtout il apparaît de façon presque uniforme tout au long de la nuit et perd donc la localisation privilégiée dans la seconde partie de la nuit qui existe chez le sujet jeune.⁷⁶ Enfin, fait essentiel, le nombre d'éveils interrompant le sommeil et surtout leur durée augmentent de façon importante (1 à 2 heures chez le sujet âgé au lieu de 5 à 10 minutes chez le sujet jeune).⁷⁷ Des micro-éveils, parfois plusieurs centaines par nuit, ignorés du sujet et des changements de stades de sommeil à type d'allègements en sommeil léger sont fréquents chez le sujet âgé et source de mauvaise qualité du sommeil.^{72,77}

Par ailleurs, la variabilité intra-individuelle de l'organisation et de la composition du sommeil se réduit. Par exemple, à la différence du sujet jeune, la capacité à moduler le nombre d'heures de sommeil pour récupérer un déficit en sommeil est réduite chez le sujet âgé.

Le sujet âgé fait plus de siestes que le sujet jeune.⁷³ Par ailleurs, de courtes périodes de somnolence, voire de brefs épisodes de microsommeils se manifestant par une inattention durant moins de 1 à 10 minutes seraient fréquentes en fin d'après-midi.⁷⁸ Différents travaux chez le sujet âgé en bonne santé suggèrent une avance de phase et une diminution de l'amplitude des rythmes circadiens.

Étiologies des troubles du sommeil

Le système de classification diagnostique des troubles du sommeil et de l'éveil (*International Classification of Sleep Disorders*) propose des critères diagnostiques pour les différentes affections du sommeil et de l'éveil et peut être utilisé dans une population âgée.⁷²

Insomnies

Les sujets souffrant d'insomnies vraies doivent être distingués des petits dormeurs et des sujets se plaignant de pseudo-insomnie qui correspond à une mauvaise perception du sommeil : le sujet pense ne pas dormir alors qu'il dort.

Syndrome d'apnées du sommeil. L'apnée définie par un arrêt complet du flux aérien pendant plus de 10 secondes et l'hypopnée qui correspond à une réduction du flux aérien s'accompagnent d'une désaturation en oxygène pendant le sommeil. Le syndrome d'apnées du sommeil est défini par un nombre d'apnées ou d'hypopnées supérieur ou égal à 5.⁷⁹

Vingt-six à 62 % des sujets âgés auraient les critères électroencéphalographiques d'un syndrome d'apnées du sommeil⁸⁰⁻⁸² sans traduction clinique pour la plupart d'entre eux, ce qui a conduit à remettre en question le seuil de cinq apnées ou hypopnées par heure de sommeil comme critère de définition du trouble. La durée des apnées et le degré de désaturation en oxygène qui s'y associe seraient plus responsables que leur nombre de la mauvaise qualité du sommeil et des complications du syndrome.⁸² Par ailleurs, la morbidité exacte de ces troubles respiratoires reste à préciser. En effet, le syndrome d'apnées du sommeil peut rester latent pendant longtemps. Il peut également se manifester par des complications cardiovasculaires (troubles du rythme cardiaque, hypertension artérielle pulmonaire et systolique).^{72,78} De plus, une relation entre démente et apnées du sommeil a été mise en évidence.⁸³ Enfin, des études sont en cours pour rechercher des indicateurs prédictifs pertinents du syndrome d'apnées du sommeil. En effet, chez le sujet âgé, il n'y a pas de corrélation étroite entre l'index d'apnées du sommeil et différents symptômes tels que les plaintes de sommeil nocturne, la somnolence diurne, les ronflements ou l'obésité^{80,82} alors que ces manifestations sont souvent associées au syndrome d'apnées du sommeil chez le sujet jeune.

Mouvements périodiques et syndrome des jambes sans repos. Les mouvements périodiques des jambes doivent être recherchés de façon systématique. Chez le sujet âgé, leur prévalence est comprise entre 18 et 58 %.^{81,82} Ces mouvements involontaires de dorsiflexion du pied ou de toute la jambe surviennent de façon rythmique au cours de la nuit. Ils peuvent être totalement asymptomatiques, survenant chez des sujets qui n'ont aucun trouble du sommeil ou peuvent s'accompagner d'une fragmentation importante du sommeil avec des allègements du sommeil ou des éveils répétés souvent de courtes durées (microéveils) qui ne sont pas toujours perçus par le patient. Dans les formes les plus sévères, les mouvements périodiques peuvent s'associer à un syndrome des jambes sans repos.

Le syndrome des jambes sans repos, fréquent chez la personne âgée, se caractérise par des impatiences des membres inférieurs. Les troubles sont ressentis comme un agacement avec obligation de se lever pour bouger les jambes ou les frotter énergiquement. Ces sensations désagréables réapparaissent dès que le sujet s'allonge à nouveau. Le trouble apparaît au calme et au primo décubitus et entraîne une augmentation de la latence d'endormissement.

Insomnies liées à des causes organiques. Toutes les maladies et en particulier celles qui entraî-

ment douleur, fièvre, angoisse, dépression et syndrome confusionnel peuvent causer des troubles du sommeil. Il faut insister sur la fréquence des affections endocriniennes, métaboliques et cérébrales. L'insomnie, d'origine psychiatrique, est fréquente, en particulier au cours des dépressions.⁷²

Insomnies liées à l'abus de drogues et d'alcool. L'utilisation prolongée de sédatifs ou d'hypnotiques peut entraîner une insomnie par un phénomène de tolérance. Elle expose à des sevrages qui peuvent induire une anxiété importante et renforcer l'insomnie. L'utilisation durable de stimulants du système nerveux central est également à l'origine d'insomnies. L'alcool désorganise le sommeil et le rythme nyctéméral. Enfin, les hypnotiques et l'alcool aggravent le syndrome d'apnées du sommeil.⁷⁸

États de somnolence et hypersomnies

La narcolepsie ou syndrome de Gélineau est plus souvent découverte chez l'adulte jeune que chez le sujet âgé.⁷² Toutes les causes d'insomnie avec répercussions diurnes en particulier les dépressions, les psychotropes et les apnées du sommeil peuvent être cause de somnolence.

Indications thérapeutiques

Les troubles du sommeil chez le sujet âgé relèvent souvent d'une pluralité de facteurs qu'il convient d'analyser. Il est important d'expliquer au sujet âgé les modifications physiologiques du sommeil qui accompagnent le vieillissement et de dédramatiser les troubles du sommeil. Le traitement symptomatique fait appel aux règles hygiénodietétiques (rythmes de vie réguliers, horaires de coucher et de lever réguliers, limitation des excitants en particulier avant le coucher, exercice physique pendant la journée en évitant les siestes pendant la journée, exposition suffisante à la lumière du jour).⁸⁴ Il doit s'associer, chaque fois que possible, au traitement étiologique. La relaxation et la thérapie comportementale peuvent être un appoint intéressant.

Les hypnotiques sont parfois nécessaires quand le patient est anxieux. Ils sont utilisés avec prudence chez le sujet âgé car ils peuvent entraîner des modifications de la structure du sommeil, aggraver les apnées du sommeil, provoquer une somnolence diurne et être source de confusion et de chute. Le risque de dépendance est également à craindre. Enfin, le rebond d'insomnie et la réapparition des troubles du sommeil à l'arrêt du traitement ne sont pas rares. Il faut prendre l'hypnotique au moment du coucher, à la dose efficace la plus faible possible, pendant la période la plus courte possible, en intercalant des jours sans prise. On choisit une benzodiazépine à demi-vie courte en

cas de trouble de l'endormissement ou une benzodiazépine de demi-vie moyenne en cas de réveils nocturnes. Les nouvelles molécules imidazopyridines et cyclopyrrolones auraient moins d'effets secondaires. On peut également proposer de faibles doses d'un antidépresseur sédatif.

Différentes thérapeutiques visent à modifier la sécrétion de mélatonine.⁸⁵ Des formes de mélatonine à libération contrôlée sont en cours de développement. Par ailleurs, la luxthérapie à la dose de 2 500 à 10 000 lux pendant 30 à 180 minutes améliore la vigilance et synchronise le sommeil.

Conduite à tenir vis-à-vis des troubles du sommeil chez la personne âgée.

- Évaluer la gravité par l'évaluation du retentissement diurne : troubles de la vigilance, de la concentration, de l'attention, de la mémoire, de l'humeur.
- Rechercher une cause : en particulier (1) une affection somatique ou psychiatrique, (2) un abus de psychotropes ou d'alcool, (3) une affection spécifique du sommeil en particulier un syndrome d'apnées du sommeil.
- Informer sur les modifications physiologiques du sommeil associées à l'âge, les règles hygiénodietétiques du sommeil, les effets secondaires et les risques de la prise de somnifères.
- Traiter les causes de troubles du sommeil.

Signes et symptômes comportementaux et psychologiques des démences

Au cours des démences, en particulier de la maladie d'Alzheimer, les troubles du comportement encore appelés signes et symptômes comportementaux et psychologiques des démences, sont précoces et fréquents.⁸⁶ Ils aggravent les troubles cognitifs des patients et diminuent la tolérance de l'entourage. Leur présence doit faire rechercher une maladie organique surajoutée, par exemple un épisode confusionnel aigu, une cause iatrogène ou une modification de l'environnement. Ces troubles, qui sont souvent intermittents, fluctuent en dehors de toute intervention thérapeutique et peuvent disparaître au cours du temps.

La prise en charge du patient atteint de maladie d'Alzheimer nécessite d'évaluer préalablement les modalités évolutives de la maladie et ses conséquences et surtout d'apprécier les capacités épargnées qui doivent être mises en valeur afin de retarder l'évolution des troubles. Il faut notamment évaluer les fonctions cognitives, l'existence

éventuelle de troubles du comportement, l'état somatique, le retentissement des troubles sur les activités de vie quotidienne. L'évaluation des aspects sociaux (conditions de logement, ressources financières) et de l'impact de la maladie sur la vie affective et relationnelle du patient et de son entourage est également essentielle.

Aspects cliniques

Les symptômes « négatifs » sont les plus constants. Ils comportent une apathie, une indifférence affective, un apragmatisme avec défaut d'initiative, un désintérêt, une absence de plaisir et d'émotion, un repli.

L'agitation (verbale, vocale ou motrice) peut parfois s'accompagner d'agressivité verbale et plus rarement physique.

Les idées délirantes sont à thèmes de préjudice, de persécution et de jalousie. Le conjoint peut être accusé de vol ou d'infidélité. Certains délires sont sous-tendus par un trouble de la perception visuelle qui peut entraîner de fausses reconnaissances.

Les hallucinations sont essentiellement visuelles, parfois auditives ou cénesthésiques.

Les manifestations de dépression ou de dysphorie (forme atténuée de la dépression) sont souvent transitoires et fluctuantes. Une étude récente a mis en évidence un taux élevé de syndrome dépressif majeur au cours de la maladie d'Alzheimer.⁸⁷ L'incontinence émotionnelle se manifeste par une hyperémotivité.

Les symptômes anxieux sont souvent associés aux manifestations dépressives et sont parfois de diagnostic difficile.

L'instabilité psychomotrice se caractérise par une déambulation au cours de laquelle le patient explore les lieux, une tasikinésie qui est une incapacité à rester en place ou un syndrome de Godot qui consiste à suivre l'aidant dans ses déplacements.⁸⁸

Les tableaux d'exaltation de l'humeur avec euphorie sont plus souvent présents dans les démences frontotemporales que dans la MA.

La désinhibition se manifeste par une impulsivité conduisant à des paroles ou à des actes inadaptés en public ou embarrassants pour les autres.

Les comportements moteurs aberrants des manifestations peuvent faire évoquer des mécanismes compulsifs comme des comptages à voix haute, des répétitions gestuelles ou verbales (faire les cent pas, ouvrir les placards et tiroirs).

Les troubles du sommeil et du rythme circadien se manifestent par une fragmentation du rythme veille-sommeil, parfois une agitation en fin d'après-midi.

Les troubles des conduites alimentaires sont plus souvent sur le mode d'une anorexie pouvant

conduire à une dénutrition que sur le mode d'une hyperphagie ou d'une glotonnerie.

Les troubles des conduites sexuelles sont beaucoup plus souvent réduits qu'accrus (désinhibition, exhibitionnisme, agression sexuelle).

Il est intéressant de noter que les troubles du comportement des démences de type Alzheimer ont été inclus dans le chapitre correspondant du DSM-IV. Leur codification dans ce manuel est fondée d'une part sur le mode de début (avant ou après 65 ans) et d'autre part sur les caractéristiques prédominantes (avec delirium, avec idées délirantes, avec humeur dépressives, ou non compliquées).

Les symptômes comportementaux peuvent être évalués par différentes échelles comme le *Neuro psychiatric Inventory*⁸⁹ qui permet d'apprécier l'ensemble des symptômes.

Outre les symptômes comportementaux, il est par ailleurs nécessaire d'évaluer les modalités évolutives de la maladie démentielle et ses conséquences et surtout d'apprécier les capacités épargnées qui doivent être mises en valeur afin de retarder l'évolution des troubles. Il faut notamment évaluer les fonctions cognitives, l'état somatique, le retentissement des troubles sur les activités de vie quotidienne. L'évaluation des aspects sociaux (conditions de logement, ressources financières) et de l'impact de la maladie sur la vie affective et relationnelle du patient et de son entourage sont également essentielles.

Indications thérapeutiques

Le traitement des troubles psychiatriques s'intègre au sein d'une prise en charge globale : somatique, cognitive et sociale et palliative des déficits du patient (nous ne détaillerons pas ces aspects ici).

Une évaluation complète de cette prise en charge globale est pratiquée lors de l'initiation et au moins une fois par an et comporte un examen physique et une évaluation de l'état nutritionnel (au moins mesure du poids, si possible échelle d'évaluation nutritionnelle). De plus, différents outils validés permettent d'apprécier le statut cognitif, les activités de vie quotidienne, le stade de la démence (MMSE de Folstein) et les symptômes comportementaux (*Neuro Psychiatric Inventory*).⁸⁹

Aide psychologique et psychothérapique

Bien que la maladie s'accompagne généralement d'un déni des troubles ou d'une anosognosie, certains patients ressentent de façon très douloureuse la perte progressive de leurs fonctions cognitives en particulier au début de la maladie. Une psychothérapie de soutien et de réassurance est alors souvent nécessaire. Les techniques corporelles (relaxation,

massage, esthétique) peuvent également être justifiées dans certains cas. Par ailleurs, la stimulation cognitive a non seulement un effet positif sur les fonctions intellectuelles, mais également sur le sentiment de bien-être et la confiance en lui-même du patient.⁹⁰

Le soutien psychologique à la famille (associations de famille, réunions d'information, voire psychothérapie individuelle ou familiale) est essentiel dans cette maladie. En particulier, la phase d'annonce du diagnostic peut déclencher chez les proches des réactions psychologiques variées telles que l'anxiété, la honte, l'isolement, le repli, la culpabilisation, l'abattement. Ces manifestations sont source d'attitudes de surprotection ou au contraire de rejet à l'égard du patient. Par ailleurs, la prise en charge au long terme d'un proche (conjoint, parent) dément au domicile est source de stress, voire de dépression.⁹¹ Enfin la décision d'institutionnalisation du patient s'accompagne fréquemment de sentiments de culpabilité et de conflits au sein de la famille qui s'ajoutent aux difficultés financières.

Traitement des troubles psychiatriques

L'approche psychologique ou psychothérapique doit être privilégiée quand elle est possible. Cependant, les psychotropes sont parfois indispensables.

Le nombre encore faible d'études dans ce domaine limite les recommandations et consensus.

Les antidépresseurs utilisés en première intention sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Cette classe d'antidépresseurs a montré une efficacité non seulement sur les troubles de l'humeur, mais également sur l'agitation, l'hostilité, les idées délirantes, l'anxiété, l'irritabilité et l'instabilité psychomotrice.^{92,93} Dans les dépressions particulièrement sévères, le recours à l'électroconvulsivothérapie est possible.

Les troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer sont améliorés par les anticholinestérasiques en particulier la rivastigmine,⁹⁴ le donépézil⁹⁵ et la galantamine⁹⁶ au cours de la maladie d'Alzheimer. Ils pourraient également retarder l'apparition des symptômes comportementaux au cours de la maladie.⁹⁷ Enfin, certains travaux mettent en évidence leur effet bénéfique dans les symptômes comportementaux de la démence à corps de Lewy, la démence vasculaire et la démence de Parkinson. La mémantine a également montré son efficacité sur les troubles comportementaux au cours de la maladie d'Alzheimer et de la démence vasculaire.⁹⁸ L'efficacité de cette molécule serait également accrue par l'association au donépézil.⁹⁹

Les neuroleptiques classiques ont une action bénéfique sur les hallucinations et les idées déliran-

tes. Cependant, les effets secondaires de ces molécules sont souvent importants et potentiellement graves chez le sujet âgé. Les neuroleptiques sont contre-indiqués dans la démence à corps de Lewy. Plusieurs essais randomisés versus placebo ont montré l'efficacité des neuroleptiques atypiques dans le traitement de l'agressivité, de l'agitation et des manifestations psychotiques de la maladie d'Alzheimer, des démences vasculaires et des démences mixtes.¹⁰⁰ Cependant, un récent communiqué de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé déconseille leur utilisation dans le traitement des troubles du comportement des démences de la personne âgée du fait d'une incidence plus élevée des accidents vasculaires cérébraux et des décès chez les patients traités par ces produits par rapport au placebo.

Les benzodiazépines améliorent l'anxiété mais ont des effets secondaires notables.

Les thymorégulateurs (carbamazépine et le valproate de sodium), la buspirone, le méprobamate, utilisés en pratique quotidienne, ont été proposés mais nécessitent un complément d'information dans cette indication.

Les hypnotiques sont utilisés en cas d'éveils nocturnes et pour une courte période. On choisira un hypnotique à demi-vie courte tel que la zopiclone ou le zolpidem.

Conclusion

La psychogériatrie clinique s'est considérablement développée au cours de la dernière décennie. La prise en charge des troubles mentaux au cours du grand âge a bénéficié du développement d'équipes gériatriques multidisciplinaires (interniste, psychogéronte, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, assistante sociale) capables d'avoir une approche globale de la personne âgée. Néanmoins, la formation du médecin généraliste dans ce domaine reste encore insuffisante.

Par ailleurs, pour un certain nombre d'affections mentales, les traitements proposés au sujet âgé résultent encore d'une extrapolation des données connues chez le sujet jeune. Seule une meilleure connaissance des mécanismes physiopathologiques des maladies mentales permettra de développer des traitements curatifs et surtout préventifs des maladies mentales. Par ailleurs, les enquêtes épidémiologiques devraient jouer un rôle considérable, enfin les recherches en biologie (biologie moléculaire, imagerie fonctionnelle) s'avèrent intéressantes et méritent d'être développées.

Références

1. Derouesné C. Plaintes mnésiques du sujet âgé. *Rev Prat* 1994;44:1432-5.
2. Emery VO, Oxman TE. Update on the dementia spectrum of depression. *Am J Psychiatry* 1992;149:305-17.
3. Hugonot R. *La vieillesse maltraitée*. Paris: Dunod; 1998.
4. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental Test". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
5. Cumming RG, Le Couteur DG. Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: a review of the evidence. *CNS Drugs* 2003;17:825-37.
6. Rendell M, Geddes JR, Ostacher MJ. Older patients are eligible for trial of lithium and valproate. *BMJ* 2003;327:395-6.
7. Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry* 1999;60:9-15.
8. Schulz R, Beach SR, Ives DG, Martire LM, Ariyo AA, Kop WJ. Association between depression and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med* 2000;160:1761-8.
9. Charney DS, Reynolds 3rd CF, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression and Bipolar Support Alliance. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:664-72.
10. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AT, Kluiters H, van Tilburg W, et al. Depression among older nursing home patients. A review. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2003;34:52-9.
11. Beekman AT, de Beurs E, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry* 2000;157:89-95.
12. Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry* 1999;60:9-15.
13. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Krishnan KR, Sibert TE. Profile of depressive symptoms in younger and older medical inpatients with major depression. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:1169-76.
14. Bruce ML, McAvay GJ, Raue PJ, Brown EL, Meyers BS, Keohane DJ, et al. Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiatry* 2002;159:1367-74.
15. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147-56.
16. Denihan A, Kirby M, Bruce I, Cunningham C, Coakley D, Lawlor BA. Three-year prognosis of depression in the community-dwelling elderly. *Br J Psychiatry* 2000;176:453-7.
17. Reynolds 3rd CF, Lebowitz BD. What are the best treatments for depression in old age? *Harv Ment Health Lett* 1999;15:8.
18. Féline A. Les dépressions hostiles. In: Féline A, Hardy P, De Bonis, editors. *La dépression : études. Médecine et psychothérapie*. Paris: Masson; 1991. p. 32-52.
19. Monfort JC. The difficult elderly patient: curable hostile depression or personality disorder? *Int Psychogeriatr* 1995;7(suppl):95-111.
20. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kalayam B, Kakuma T, Gabrielle M, et al. Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:285-90.
21. Gershon AA, Dannon PN, Grunhaus L. Transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression. *Am J Psychiatry* 2003;160:835-45.
22. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
23. Montgomery S, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.
24. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
25. Clement JP, Fray E, Paycin S, Leger JM, Therme JF, Dumont D. Detection of depression in elderly hospitalized patients in emergency wards in France using the CES-D and the mini-GDS: preliminary experiences. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:373-8.
26. Yesavage J, Brink TL. Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.
27. Lyness JM, Noel TK, Cox C, King DA, Conwell Y, Caine ED. Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the center for epidemiologic studies-depression scale and the geriatric depression scale. *Arch Intern Med* 1997;157:449-54.
28. Schneider LS, Olin JT. Efficacy of acute treatment for geriatric depression. *Int Psychogeriatr* 1995;7(suppl):7-25.
29. Burvill PW, Hall WD, Stampfer KG, Emmerson JP. A comparison of early-onset and late-onset depressive illness in the elderly. *Br J Psychiatry* 1989;155:673-9.
30. Grace J, O'Brien JT. Association of life events and psychosocial factors with early but not late onset depression in the elderly: implications for possible differences in aetiology. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:473-8.
31. Rigaud AS, Traykov L, Caputo L, Coste J, Latour F, Couderc R, et al. Association of the apolipoprotein E epsilon4 allele with late-onset depression. *Neuroepidemiology* 2001;20:268-72.
32. Krishnan KR. Biological risk factors in late life depression. *Biol Psychiatry* 2002;52:185-92.
33. Tiemeier H, Breteler MM, van Popele NM, Hofman A, Witteman JC. Late-life depression is associated with arterial stiffness: a population-based study. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1105-10.
34. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, Silbersweig D, Charlson M. Clinically defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 1997;154:562-5.
35. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1999;156:1182-9.
36. Vassilas CA, Morgan HG. Elderly suicides' contact with their general practitioner before death. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:1008-9.
37. Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J, Sirey JA, Kakuma T. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1048-53.
38. Wilson K, Mottram P, Sivananthan A, Nightingale A. Anti-depressant versus placebo for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;2 (CD000561).
39. Draper B. Suicidal behavior in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:655-61.
40. Lynch TR, Johnson CS, Mendelson T, Robins CJ, Ranga K, Krishnan R, et al. Correlates of suicidal ideation among an elderly depressed sample. *J Affect Disord* 1999;56:9-15.
41. Nowers M. Deliberate self-harm in the elderly: a survey of one London Borough. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993;8:609-14.

42. Stek ML, Van Exel E, Van Tilburg W, Westendorp RG, Beekman AT. The prognosis of depression in old age: outcome six to eight years after clinical treatment. *Aging Ment Health* 2002;**6**:282-5.
43. Alexopoulos GS, Chester JG. Outcomes of geriatric depression. *Clin Geriatr Med* 1992;**8**:363-76.
44. Flint AJ, Rifat SL. The treatment of psychotic depression in later life: a comparison of pharmacotherapy and ECT. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;**13**:23-8.
45. Kivela SL, Viramo P, Pahkala K. Factors predicting the relapse of depression in old age. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;**15**:112-9.
46. Geerlings MI, Schoevers RA, Beekman AT, Jonker C, Deeg DJ, Schmand B, et al. Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease. Results of two prospective community-based studies in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2000;**176**:568-75.
47. Yaffe K, Blackwell T, Gore R, Sands L, Reus V, Browner WS. Depressive symptoms and cognitive decline in nondemented elderly women: a prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1999;**56**:425-30.
48. Dahabra S, Ashton CH, Bahrainian M, Britton PG, Ferrier IN, McAllister VA, et al. Structural and functional abnormalities in elderly patients clinically recovered from early- and late-onset depression. *Biol Psychiatry* 1998;**44**:34-46.
49. Green RC, Cupples LA, Kurz A, Auerbach S, Go R, Sado- vnick D, et al. Depression as a risk factor for Alzheimer disease: the MIRAGE Study. *Arch Neurol* 2003;**60**:753-9.
50. Baldwin RC, Anderson D, Black S, Evans S, Jones R, Wilson K, et al. Faculty of Old Age Psychiatry Working Group, Royal College of Psychiatrists. Guideline for the management of late-life depression in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;**18**:829-38.
51. Doraiswamy PM, Krishnan KR, Oxman T, Jenkyn LR, Coffey DJ, Burt T, et al. Does antidepressant therapy improve cognition in elderly depressed patients? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;**58**:M1137-M1144.
52. Allard J, Artero S, Ritchie K. Consumption of psychotropic medication in the elderly: a re-evaluation of its effect on cognitive performance. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;**18**: 874-8.
53. Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WL, Beekman AT. Electroconvulsive therapy for the depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;**2** (CD003593).
54. Mirchandani IC, Abrams RC, Young RC, Alexopoulos GS. One-year follow-up of continuation convulsive therapy prescribed for depressed elderly patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;**9**:31-6.
55. O'Leary D, Gill D, Gregory S, Shawcross C. The effectiveness of real versus simulated electroconvulsive therapy in depressed elderly patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;**9**:567-71.
56. Wilkinson AM, Anderson DN, Peters S. Age and the effects of ECT. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993;**8**:401-6.
57. Vothknecht S, Kho KH, van Schaick HW, Zwinderman AH, Middelkoop H, Blansjaar BA. Effects of maintenance electroconvulsive therapy on cognitive functions. *J ECT* 2003;**19**:151-7.
58. Gelder M, Gath D, Mayou R. Oxford. Psychiatry of the elderly. In: Gelder M, Gath D, Mayou R, editors. *Textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford Medical Publications; 1986. p. 493-515.
59. Larkin BA, Copeland JR, Dewey ME. The natural history of neurotic disorder in an elderly urban population. *Br J Psychiatry* 1992;**160**:681-6.
60. Sinoff G, Werner P. Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;**18**: 951-9.
61. Nordhus IH, Pallesen S. Psychological treatment of late-life anxiety: an empirical review. *J Consult Clin Psychol* 2003;**71**:643-51.
62. Gurland BJ, Cross PS. Epidemiology of psychopathology in old age. *Psychiatr Clin North Am* 1982;**5**:11-26.
63. Muller C. *Les maladies psychiques et leur évolution influencée par l'âge*. Berne: Hans Huber; 1981.
64. Cohen CI. Outcome of schizophrenia into later life: an overview. *Gerontologist* 1990;**30**:790-7.
65. Roth M, Morrissey J. Problems in the diagnosis and classification of mental disorders in old age. *J Ment Sci* 1952;**98**: 66-80.
66. Hoeh N, Gyulai L, Weintraub D, Streim J. Pharmacologic management of psychosis in the elderly: a critical review. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2003;**16**:213-8.
67. Neil W, Curran S, Wattis J. Antipsychotic prescribing in older people. *Age Ageing* 2003;**32**:475-83.
68. Jeste DV, Barak Y, Madhusoodanan S, Grossman F, Ghara- bawi G. International multisite double-blind trial of the atypical antipsychotics risperidone and olanzapine in 175 elderly patients with chronic schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003;**11**:638-47.
69. Aguera-Ortiz L, Reneses-Prieto B. Practical psychological management of old age psychosis. *J Nutr Health Aging* 2003;**7**:412-20.
70. Cole MG. Delirium in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;**12**:7-21.
71. Sattar SP, Petty F, Burke WJ. Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older alcoholics. *Clin Geriatr Med* 2003;**19**:743-61.
72. Dement WC, Miles LE, Carskadon MA. White "paper" on sleep and aging. *J Am Geriatr Soc* 1982;**30**:25-50.
73. Buysse DJ, Browman KE, Monk TH, Reynolds CF, Fasiczka AL, Kupfer DJ. Napping and 24-hour sleep/wake patterns in healthy elderly and young adults. *J Am Geriatr Soc* 1992;**40**:779-86.
74. Rechtschaffen A, Kales AA. *A manual of standardized terminology, techniques and scoring systems for sleep stages of human subjects (USPHS NO 204)*. Washington: US Government Printing Office; 1968.
75. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburg Sleep Quality Index. *Sleep* 1991;**14**:331-8.
76. Wauquier A, Van Sweden B, Lagaay AM, Kemp B, Kamphuisen HA. Ambulatory monitoring of sleep-wakefulness patterns in healthy elderly males and females (>88 years): the "senior" protocole. *J Am Geriatr Soc* 1992;**40**:109-14.
77. Carskadon MA, Brown ED, Dement WC. Sleep fragmentation in the elderly: relationship to daytime sleep tendency. *Neurobiol Aging* 1982;**3**:321-7.
78. Morewitz JH. Evaluation of excessive daytime sleepiness in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1988;**36**:324-30.
79. Guilleminault C, Elridge FL, Dement WC. Insomnia with sleep apnea: a new syndrome. *Science* 1973;**181**:856-8.
80. Ancoli-Israel S, Kripke DF, Klauber DF, Mason W, Fell R, Kaplan O. Sleep-disordered breathing in community-dwelling elderly. *Sleep* 1991;**14**:486-95.
81. Coleman RM, Miles LE, Guilleminault CC, Zarcone VP, Van Den Hoed J, Dement VC. Sleep disorders in the elderly: a polysomnographic analysis. *J Am Geriatr Soc* 1981;**29**:289-96.

82. Dickel MJ, Mosko SS. Morbidity cut-offs for sleep apnea and periodic leg movements in predicting subjective complaints in senior. *Sleep* 1990;13:155-66.
83. Reynolds CF, Kupfer DJ, Taska LS, Hoch CC, Spiker DG, et al. Sleep apnea in Alzheimer's dementia: correlation with mental deterioration. *J Clin Psychiatry* 1985;46:257-61.
84. Campbell SS, Dawson D, Anderson MW. Alleviation of sleep maintenance insomnia with time exposure to bright light. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:829-36.
85. Olde Rikkert MG, Rigaud AS. Melatonin in elderly patients with insomnia. A systematic review. *Z Gerontol Geriatr* 2001;34:491-7.
86. McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, Perry EK, Dickson DW, Hansen LA, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology* 1996;47:1113-24.
87. Zubenko GS, Zubenko WN, McPherson S, Spoor E, Marin DB, Farlow MR, et al. A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2003;160:857-66.
88. Hope T, Tilling K, Gedling K, Keene JM, Cooper SD, Fairburn CG. The structure of wandering in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:149-55.
89. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, et al. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-14.
90. De Rotrou J, Cantegreil-Kallen I, Gosselin A, Wenisch E, Rigaud AS. Cognitive stimulation: a new approach for Alzheimer's disease management. *Brain Aging* 2002;2:48-53.
91. Rigaud AS. Epidemiology of depression in patients with Alzheimer's disease and in their caregivers. *Presse Med* 2003;32(suppl24):S5-8.
92. Lebert F. Serotonin reuptake inhibitors in depression of Alzheimer's disease and other dementias. *Presse Med* 2003;32:1181-6.
93. Lyketsos CG, DelCampo L, Steinberg M, Miles Q, Steele CD, Munro C, et al. Treating depression in Alzheimer disease: efficacy and safety of sertraline therapy, and the benefits of depression reduction: the DIADS. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:737-46.
94. Farlow MR. Update on rivastigmine. *Neurologist* 2003;9:230-4.
95. Birks JS, Harvey R, Donepezil. for dementia due to Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;3 (CD001190).
96. Olin J, Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;3 (CD001747).
97. Grossberg GT. The ABC of Alzheimer's disease: behavioral symptoms and their treatment. *Int Psychogeriatr* 2002;14(suppl1):27-49.
98. Areosa SA, Sherriff F. Memantine for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;3 (CD003154).
99. Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, Graham SM, McDonald S, Gergel I, Memantine Study Group. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:317-24.
100. Brodaty H, Ames D, Snowdon J, Woodward M, Kirwan J, Clarnette R, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry* 2003;64:134-43.

Retrouvez l'article original sur www.emc-consulte.com
et découvrez toutes les fonctionnalités du site

emc-consulte