



## Item68-Troubles psychiques du sujet âgé

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer les principaux troubles psychiques du sujet âgé en tenant compte des particularités épidémiologiques - Argumenter l'attitude thérapeutique spécifique et planifier le suivi spécifique des principaux troubles psychiques du sujet âgé		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- HAS , règle prescription psychotropes 2007 / <a href="#">Referentiel psychiatrie</a>	- Iatrogène, PEC globale	- Rechercher une cause organique/ évaluer le risque suicidaire+++

### Introduction

#### Généralités

Clinique spécifique :

Diagnostiques souvent difficile, souvent **sous diagnostiqués ou mauvais diagnostics** = mauvaises prescriptions or le risque **IATROGENE** est **majeur** avec les psychotropes chez le sujet âgé !!! ...

Clinique qui concerne les **pathologies spécifiquement psychiatrique** mais aussi les **symptômes psycho comportementaux de la démence** = SPCD ...

Les troubles peuvent être secondaires à une **pathologie psychiatrique de l'adulte ayant vieilli**, ou bien **débuter tardivement**.

TOUJOURS PENSER A RECHERCHER UNE **CAUSE SOMATIQUE (A savoir !)** = MALADIE NON PSYCHIATRIQUE

PENSER AU **RISQUE SUICIDAIRE (A savoir !)** (car plus important que chez le jeune)

**PEC globale, pluridisciplinaire**, si besoin **institutionnalisation** (EHPAD...)

La gérontopsy est de + en + à la mode : cliniques / hopitaux spécialisés, DU, bientôt peut-être un DESC...

### Principaux troubles

#### A) Troubles anxieux / Troubles de l'humeur

##### 1) Généralités

**a) Dépression** = **fréquente** chez le sujet âgé (1-4% des + de 65 ans = épisode dépressif caractérisé)

**FDR :**

- **pathologies somatiques chroniques ou douloureuses**

- **la perte** : décès d'un proche, perte d'autonomie, entrée en maison de retraite, changement de lieu de vie...

- **iatrogénie** ...

Attention aux idées reçues : vieux = être triste et souffrir moralement ==> ce n'est pas naturel ni normal !!!

La fréquence augmente dans les institutions.

Importance du **dépistage précoce**, car :

- **importante morbi-mortalité** (risque de la perte d'autonomie, du décubitus, de la déshydratation ou de la dénutrition...)

- **risque suicidaire plus important que chez l'adulte jeune+++**, avec des passages à l'acte le plus souvent mortels (moins de TS) **Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge.** ==> **PENSER A EVALUER LE RISQUE SUICIDAIRE** (item 348) +++ (A savoir ! surtout si dépression intense, mélancolie chez la personne âgée)

### **b) Troubles anxieux**

Prévalence : plus de 10 % chez les personnes âgées

Le plus souvent : TAG et phobies

### **c) Les troubles bipolaires**

Les TB à début tardif : rare

La plupart : TB vieillis ou troubles dépressifs récurrents devenant des TB tardivement.

## 2) Aspects sémiologiques

### **a) Dépression :**

Il peut s'agir de l'évolution de troubles psychiatriques de l'adulte (Trouble bipolaire de l'adolescent et de l'adulte.), ou d'un 1<sup>er</sup> épisode caractérisé à début tardif (après 50 ou 60 ans).

Dans le cas d'un premier épisode :

- penser à éliminer une **pathologie somatique** (c'est toujours le cas mais encore plus si 1<sup>er</sup> épisode) +++
- fréquence des **dépressions vasculaires** plus élevées
- risque d'évoluer vers **démence** (maladie d'Alzheimer ou autre) plus élevé

- Les symptômes peuvent être **typiques**. Trouble bipolaire de l'adolescent et de l'adulte.

- Mais souvent **symptômes atypiques** : diagnostic difficile, symptômes moins expressifs que chez le jeune

**Plaintes somatiques d'allure non psychiatrique** (digestives, douleurs, mauvaise qualité de vie...) au premier plan +++ , plaintes mnésiques ou difficultés de concentration +++ (diag différentiel avec maladie neurodégénérative par moment difficile à évaluer l'efficacité du TTT AD d'épreuve et évaluer les troubles cognitifs à distance)

Plaintes anxieuses

**Ralentissement psycho moteur** +++

**Altérations des conduites instinctuelles** (trouble du sommeil, altération de l'appétit, anorexie, perte de poids) +++

Asthénie, désintérêt...

Changement de comportement, agressivité

Le sujet âgé se plaint plus rarement spontanément d'une tristesse.

Possible douleur morale disproportionnée et envahissante

- Association avec des **troubles anxieux** très fréquents (TAG, troubles phobiques...) (cf troubles anxieux)
- Chercher un **trouble bipolaire** Trouble bipolaire de l'adolescent et de l'adulte.

### **- Autres formes cliniques :**

**Mélancolie** plus fréquente = **urgence** car risque de complication et risque suicidaire +++ = hospitalisation

Si associé à des **symptômes psychotiques**, penser à :

- **délire de persécution, de jalousie, de culpabilité** : délire congruent à l'humeur
- **dépressions hypocondriaques** : risque de multiples investigations, iatrogènes
- le **syndrome de Cotard** (idées délirantes de négation d'organes ou de soi-même)

ATTENTION : **Surveillance** de l'alimentation, de l'hydratation, des complications du decubitus ==> **A savoir !**

ATTENTION : tjrs éliminer un **diagnostic différentiel** : une dépression chez le sujet âgé peut cacher une **pathologie somatique**

### **b) Troubles anxieux :**

Cf supra : Le plus souvent : TAG et phobies

### **c) Les troubles bipolaires**

A toujours rechercher devant une dépression.

Les TB à début tardif : rare

La plupart : TB vieillis ou troubles dépressifs récurrents devenant des TB tardivement.

Diagnostics plus difficile que le sujet jeune, symptômes souvent atténués.

Etats mixtes possibles = diagnostic difficile souvent.

### 3) Diagnostic positif

Clinique +++

On peut s'aider, si besoin, des échelles MADRS ou GDS pour la dépression

Tjrs caractériser l'épisode :

- ancienneté, ATCD perso, familiaux ...
- rechercher **comorbidités médicales non psychiatriques**
- évaluer le contexte familial, social ...
- évaluer le retentissement

Rechercher TB, troubles anxieux...

**Tjrs évaluer le risque suicidaire si dépression**

Rechercher un délire

### 4) Diagnostics différentiels / maladies associées

= **examen clinique + ECG et bilan paraclinique** pour éliminer diag différentiel et faire un **bilan pré TTT** (bio : NFS, iono, calcémie, albumine, TSH, vitamines B9, B12, bilan hépatique, urée, créat... / imagerie cérébrale, +/- EEG...)

Chez le sujet âgé, la dépression est souvent associée à des **pathologies somatiques (A TOUJOURS RECHERCHER (A savoir !))**

car :

- pathologies somatique = FDR dépression
- dépression = prédispose à certaines patho somatique

RECHERCHER :

- a) **Troubles ionogramme, métaboliques**
- b) **Pathologie neurologique**

**Dépression et maladie de Parkinson :**

Très fréquent dans cette maladie

Diagnostic difficile car intrication avec les symptômes de Parkinson

**Hydrocéphalie à pression normale...**

- c) **Toute maladie chronique** : cancer, diabète, maladie cardiovasculaire, hypothyroïdie, affection douloureuse chronique...
- d) **Dépression + démences Confusion, démences**

Toutes les démences (dégénératives corticales, sous corticales, vasculaires...) peuvent être associées à des dépressions (+/- 50% des patients).

Pas facile de distinguer les **symptômes psycho-comportementaux de la démence (=SPCD)** (ex : apathie / pas d'efficacité des AD) ou ceux d'une pathologie psy (ex : aboulie / efficacité des AD).

- dépression avant la démence : conscience douloureuse du début des troubles cognitifs... ==> risque de ne pas faire le diagnostic de démence+++
- dépression au cours de la démence : diagnostic souvent compliqué : y penser si modification du comportement...
- dépression et maladie d'Alzheimer : anticholinestérasiques peuvent entraîner une prise de conscience douloureuse des troubles = dépression réactionnelle.
- e) Causes **iatrogènes** : psychotropes, anticancéreux, TTT cardiovasculaires (antihypertenseurs centraux...), antalgiques...
- f) Autre **trouble psychiatrique** (psychose)
- h) etc...

### 4) TTT

But :

- diminution des symptômes, amélioration de la qualité de vie
- diminution des rechutes/ récurrence
- diminution de la morbidité...

PEC globale, multidisciplinaire si besoin (gériatre, psychiatre, médecin traitant, assistante sociale...)

PEC spécialisé si symptômes sévères ou signes de gravité

Ambulatoire ou H (+/- sans consentement) en fonction de la clinique et du risque suicidaire

a) **TTT médicamenteux** : à prescrire si symptômes modérés à sévères.

**Effets indésirables** plus fréquents et plus intenses+++

**ISRS** = pour dépression et troubles anxieux

Meilleure tolérance, moins d'effet anticholinergique, moins de risque si surdosage, pas hypotension orthostatique

Effets secondaires digestifs (nausée, diarrhées, anorexie...) et neuropsych (irritabilité, agitation, insomnie...) : fréquents, à surveiller

Ex : fluoxétine à plus faibles doses au début, augmenté progressivement (attention à la fonction rénale, à la tolérance : adapter les doses)

**Surveillance** +++ (clinique, biologique...)

Si 1<sup>er</sup> EDM : TTT à prolonger de 4 mois après l'arrêt des symptômes

Si forme récurrente : 1 an au moins de TTT

TTT anxiolytiques : pas recommandé de façon systématique

Si TB : Thymorégulateur

ex : lithium à doses faibles avec objectif de la lithiémie plus faible que chez le jeune (0,4- 0,7 mEq/l)

b) **ECT** si pas de CI (à l'anesthésie ou aux ECT) : (cf ...)

Indications :

- formes résistantes au TTT médicamenteux, bien conduit (bonne observance, bonnes doses, pris pdt 2 mois...)

- formes graves : Cotard, mélancolie

Bien toléré en général, rapidement efficace

EI =

- syndrome confusionnel post critique

- troubles de la mémoire, régressifs le plus souvent à distance des ECT

c) **PSYCHOTHERAPIE** +++ tjrs recommandée, évaluer la demande, différents types : de soutien... [Différents types de techniques psychothérapeutiques](#).

d) **TTT des maladies associées, limiter la iatrogénie** +++

e) **PEC sociale**

Aides à domicile

Lutte contre isolement (club 3eme âge...)

Orientation vers une institution si besoin...

f) **Mobilisation de la famille, de l'entourage** ...

## B) Psychose du sujet âgé (en dehors des troubles de l'humeur)

### 1) Sémiologie :

2 types :

1) **schizophrène vieillissant** (la schizophrénie : début souvent à l'adolescence ou l'âge adulte) [Trouble délirant persistant](#).

L'espérance de vie d'un patient schizophrène est moins bonne que la population générale (avant 65 ans, mortalité prématurée chez le patient schizophrène = 2-3 x plus élevée que population générale : suicide, pathologie cardiovasculaire, respiratoire, cancer...) ==> Moins bon dépistage et suivi dans cette population

2) **Patients sans ATCD** :

- **Schizophrénie à début tardif** (=sup à 40 ans : rare) ou **très tardif** (=sup à 60 ans : très rare) (conf de consensus en 98) :

Rare

Critères diag idem que chez l'adulte, sauf âge de début.

- **Autres troubles délirants persistants** [Trouble délirant persistant](#).

### 2) Démarche diagnostique

### Démarche clinique complexe +++

Evaluer :

- sémiologie du délire, rechercher un épisode dépressif et évaluer le risque suicidaire
- les ATCD psy et somatiques du patient et ATCD familiaux, les consommations de toxiques
- examen clinique somatique pour chercher diagnostic différentiel et évaluer les comorbidités, rechercher des causes favorisantes,
- évaluer la iatrogénie

### 3) Diag différentiel :

- Rechercher une **confusion (A savoir !)** (exemple de cas clinique: hallucinations visuelles apparaissant brutalement...)
- **Toxiques**
- **Iatrogénie** (ex : morphiniques, sevrage en BZD...)
- **Démence** : psychose parkinsonnienne, maladie d'Alzheimer +++ ,
- **Autre pathologie somatique** : 1ers symptômes d'une maladie neurologique (ex: tumeur cérébrale), d'une maladie métabolique, endocrinologique ...
- **Psychiatrique** :

**Troubles dépressifs ou bipolaires avec délire** : diagnostic différentiel souvent difficile, importance des ATCD+++ . Dans les troubles de l'humeur, les symptômes thymiques sont souvent là avant l'apparition du délire, et le délire est CONGRUENT à l'humeur.

### PEC/ TTT

PEC globale, multidisciplinaire si besoin (gériatre, psychiatre, médecin traitant, assistante sociale... )

Ambulatoire ou H (+/- sans consentement) en fonction de la clinique, de la tolérance de l'entourage, du risque suicidaire et hétéroagressif

#### 1) TTT médicamenteux :

**Antipsychotiques de 2nd génération (AP 2nd)**, dose inférieures à l'adulte jeune (surveillance des EI : anticholinergiques, syndrome extrapyramidal...)

2) PSYCHOTHERAPIE possible mais pas en aigu

3) TTT des maladies associées, limiter la iatrogénie +++

#### 4) PEC sociale

Aides à domicile

ALD, 100% si besoin

Mesure de protection

Orientation vers une institution si besoin...

5) Mobilisation de la famille, de l'entourage ...

6) SURVEILLANCE+++ au long cours, dépistage maladies (cardiovasculaires...)

### Remarque : les dépressions vasculaires

#### 1) Epidémiologie

Dans ¼ des cas : évolue vers **démence vasculaire**

#### 2) Aspects sémiologiques

association épisode dépressif et lésions sous corticales athéromateuses

#### 3) TTT

Svt résistant au TTT médicamenteux

### Remarques 2 : Symptômes psychiatriques dans les démences vasculaires et pathologies neurodégénératives

80 % des malades d'Alzheimer (cf : **Confusion, démences**) et apparentés ont des symptômes psychiatriques = **symptômes psycho comportementaux de la démence** = SPCD :

Pour l'évaluer, il existe des échelles psychométriques : NPI (= neuropsychiatric inventory)

Exemples de SPCD :

- symptômes dépressifs (= évaluer le risque suicidaire)...
- Symptômes psychotiques : délire par exemple de persécution, troubles de l'identification (ex : idée délirante de sosie = syndrome de Capgras), hallucinations (visuelles+++ , auditive, cénesthésique...)
- agitation, agressivité,
- troubles du sommeil, de l'alimentation,

Rq : si hallu visuelles importantes : penser maladie à corps de Lewy ou confusion

Devant SPCD : éliminer une pathologie somatique, un trouble psychiatrique vieilli (cf ATCD) une cause iatrogéniques+++

TTT :

global, TTT de la cause, hospitalisation si retentissement grave

TTT psychotrope en cas de gravité ou échec des mesures non médicamenteuses (NRL ou AD à petites doses en fonction de la clinique)

NB : pas de NRL si trouble de l'identification, pas d'AD si apathie car inefficace !

## III) Psychopharmacologie

Cf la HAS qui informe que l'usage des psychotropes chez le sujet âgé en France est « inapproprié et souvent délétère » = pb de santé publique : 1 personne âgée / 2 en France

Or les troubles psy de la personnes âgées = sous diagnostiqués ou mauvais diagnostic

Prescrire le bon TTT à la bonne pathologie, et aux bonnes posologies !

**Problème iatrogénie**, polymédication, interactions médicamenteuses et coût important.

ATTENTION au anxiolytiques et aux somnifères au long cours : toujours réévaluer l'indication!!! Primum non nocere !

---

### Règles de bonnes prescriptions :

- posologie de début plus faibles avec augmentation très prudente
- ne prescrire qu'un seul et unique psychotrope par classe, et l'augmenter à posologie efficace (qui peut être la même que le sujet jeune si besoin selon la clinique)
- ne pas modifier plusieurs TTT en même temps (sinon on ne sait plus ce qui fait quoi!)
- SURVEILLANCE+++ (efficacité, effets secondaires, réévaluer le TTT de manière régulière)

## A) les Antidépresseurs

1ere intention : ISRS (sertraline, citalopram...)

Meilleure tolérance, moins d'effet anticholinergique, moins de risque si surdosage, pas hypotension orthostatique

EI : digestifs (nausée, diarrhées, anorexie...), neuropsych (irritabilité, agitation, insomnie, céphalées...) ==> fréquents, à surveiller

Les autres AD (IRSNa...) peuvent aussi être prescrits.

Attention aux AD tricycliques chez la personne âgé : prescription de 2nd voire 3 eme intention, surveillance CARDIO (QTc), effets anticholinergiques +++

## B) Les Thymorégulateurs

Risque EI + important que le jeune (attention à la fonction rénale+++)

ex : lithium à doses faibles avec objectif lithiémie plus faible que chez le jeune (0,4- 0,7 mEq/l)

## C) Antipsychotiques

AP 2nd :

moins d'EI anticholinergiques et extrapyramidaux

dose inférieures à l'adulte jeune

Surveillance des EI +++ : anticholinergiques, syndrome extrapyramidal, cardiovasculaires...

ex: risperdone

NB : risque + élevé d'AVC si maladie d'Alzheimer et AP 2nd

## D) Anxiolytiques/ hypnotiques

**1) Trouble anxieux aigu** : (cf item sur les troubles anxieux)

BZD ½ vie COURTE = 1ere intention

Mais à **faible poso**, durée la plus faible possible (max : 4 semaines pour somnifères, max 12 semaines pour anxiolytiques)  
Risque lié au BZD +++ : chute, confusion, somnolence, insuffisance respiratoire, dépendance, sevrage, amnésie, réactions paradoxales...

Eviter l'hydroxyzine : effet anticholinergique et confusion+++

**2) Autres troubles anxieux :** (cf item sur les troubles anxieux)

ISRS ou ISRN