

Santé mentale chez les personnes âgées

Un guide pratique

Version française

Professeur Philippe Robert
CoBTeK lab - Université Côte d'Azur, CMRR – CHU Nice, Association IA Institut Claude
Pompidou

“Avant-propos de Alistair Burns”

Contenu

Avant-propos de Alistair Burns	3
2. Introduction	4
3 Quelles sont les différences dans la santé mentale des personnes âgées?	5
4. Dépression	8
5. Troubles anxieux	14
6. Trouble bipolaire	17
7. Troubles psychotiques	19
8. Delirium.....	23
9. Syndrome de Charles Bonnet.....	24
10. L'alcool	24
11. Problèmes de personnalité	26
12. Trouble d'accumulation et syndrome de Diogène	26
13. Violence envers les aînés	27

Cette publication est une traduction de l'original anglais «La santé mentale chez les personnes âgées: une introduction à la pratique: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/09/practice-primer.pdf>



Published by NHS England and NHS Improvement

Christoph Mueller, Clinical Lecturer
 Amanda Thompsell, Consultant Old Age Psychiatrist
 Daniel Harwood, Consultant Old Age Psychiatrist
 Peter Bagshaw, General Practitioner
 Alistair Burns, Professor of Old Age Psychiatry



Avant-propos

C'est une grande satisfaction de voir la publication du Guide sur la santé mentale des personnes âgées en français.

Nous savons que le nombre de personnes âgées augmente considérablement dans le monde entier et, si la longévité est une magnifique réussite pour la société, elle comporte néanmoins ses propres défis en termes de santé et de bien-être des personnes âgées.

Les problèmes et les préoccupations liés à la démence et à la perte de mémoire ont été bien décrits et le présent document porte sur les problèmes généraux de santé mentale des personnes âgées. Bien que la démence soit fréquente, il est important de se rappeler que la dépression est encore plus fréquente et, tout comme la démence, elle a tendance à être sous-estimée et sous-traitée. Cela entraîne ce que l'on appelait auparavant le « nihilisme thérapeutique », où les cliniciens ne ressentent pas le besoin d'évaluer ou de traiter une maladie parce qu'ils la voient comme faisant partie du vieillissement normal. La société et les personnes âgées elles-mêmes peuvent parfois partager la même vision, de sorte que les individus ne sollicitent ni leur évaluation ni leur aide.

Il est important de rappeler que la plupart des personnes âgées mènent une vie heureuse et en bonne santé. Certaines études récentes, par exemple, l'Organisation pour les statistiques nationales en Angleterre ont confirmé que les personnes âgées se sentaient plus heureuses, plus valables et plus satisfaites de leur vie en général que ses plus jeunes équivalents. Il existe également des données provenant d'études de population montrant que la dépression a tendance à diminuer avec le vieillissement, ne augmentant qu'à partir de 80 ans, en suggérant que lorsque la fragilité accompagne le vieillissement, il peut causer des symptômes.

Le guide a été écrit par plusieurs collègues ici en Angleterre, spécialement pour soigner les non-spécialistes et pour aider à accroître la visibilité des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées. Je tiens à remercier le Professeur Philippe Robert d'avoir rendu cette traduction possible et d'avoir modifié le texte centré sur le Royaume-Uni afin qu'il soit applicable aux collègues français.

J'espère que les lecteurs apprécieront le guide et pourront peut-être même en apprendre quelque chose. Pour ma part, je serais heureux de recevoir vos idées ou vos commentaires à l'adresse Alistar.Burns@nhs.net.

Alistair Burns,
Professor of Old Age Psychiatry, University of Manchester. NHS England / Improvement.

2. Introduction

Les problèmes de santé mentale sont aussi fréquents chez les adultes plus âgés que chez les adultes plus jeunes et sont associés à une souffrance individuelle importante, au suicide, à une utilisation accrue des services de santé et de soins sociaux et engendre aussi de moins bons résultats dans les soins des maladies physiques. Cependant, ces troubles sont beaucoup moins mis en évidence, détectés ou traités chez les personnes âgées. Il y a plusieurs causes à cela. Tout d'abord les sujets âgés sont moins enclins à se plaindre à propos des déficits (relationnel ou fonctionnel) car ces plaintes sont considérées comme résultant d'un vieillissement. De plus les symptômes indiquant une maladie mentale sont beaucoup plus susceptible d'être associé avec des signes de maladies physiques qu'avec des symptômes émotionnels.

Ce bref résumé des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées, qui ne sont pas directement liés à une maladie physique ou à une maladie cérébrale, s'adresse principalement aux praticiens en santé primaire, en particulier aux médecins généralistes (MG). Il est en effet important d'éviter que professionnels de santé attribuent des symptômes uniquement à la «vieillesse» ou de sous évaluer la situation des patients. Quatre-vingt-dix pour cent des personnes âgées consultent leur MG au moins une fois par an, ce qui souligne le rôle central des soins primaires.

Nous utilisons la définition réductrice traditionnelle de 65 ans comme le début de la vieillesse, tout en soulignant que cette définition chronologique (introduite par Bismarck en 1880 comme étant l'âge de départ des pensions) est beaucoup moins pertinente aujourd'hui que les individus vivent plus longtemps et en meilleure santé (une femme sur cinq née aujourd'hui peut espérer vivre jusqu'à l'âge de 100 ans).

Nous ne considérons pas la démence¹ dans ce document parce qu'il a été traité par ailleurs¹, par contre la confusion est abordée brièvement. Lors de l'évaluation d'une personne âgée ayant un problème de santé mentale, il faut garder à l'esprit de savoir s'il s'agit d'une maladie ancienne chez une personne qui vieillit ou si cette pathologie est apparue récemment. En effet l'approche diagnostique et le traitement pourraient être légèrement différents.

Ce document est un travail en cours et tous les commentaires et suggestions sont appréciés à Alistair.Burns@nhs.net ²

Après avoir lu et réfléchi sur ce kit de ressources, vous devriez être capable de:

- Décrire les caractéristiques permettant de distinguer les problèmes de santé mentale courants chez les personnes âgées
 - diagnostiquer et traiter les problèmes de santé mentale courants chez les personnes âgées adultes
 - Utiliser et surveiller les médicaments psychotropes en toute sécurité
 - Etre conscient de l'interaction entre la santé physique et mentale chez les personnes âgées
 - Distinguer un trouble mental fonctionnel de la démence et identifier les patients qui méritent d'être orienté vers des soins spécialisés
 - Développer une stratégie pour vous et votre pratique afin d'améliorer la détection et prise en charge des maladies mentales chez les personnes âgées
-

¹ Aussi appelé trouble cognitif majeur dans le DSM 5

² Pour la France Philippe Robert Renaud David et : probert@unice.fr

3. Santé mentale: ce qui est différent chez la personne âgée ?

La dépression est à la fois la maladie mentale la plus courante, la plus traitable / réversible au cours du vieillissement. Elle affecte une personne âgée sur cinq dans la communauté. Ce chiffre double quand il existe une comorbidité avec une maladie physique récente et dans les hôpitaux et les maisons de retraite. Les troubles anxieux sont présents chez une personne sur vingt et très fréquemment avec la dépression. Moins d'une personne sur dix présente un trouble bipolaire à un âge avancé, et encore moins présentent des symptômes psychotiques (un sur vingt). Les personnes âgées présentent plus souvent des symptômes de dépression ou de démence qu'une schizophrénie tardive. L'hystérie (trouble de la conversion) chez les personnes âgées est très rare, et toute personne âgée présentant des symptômes physiques ou une perte de fonction doit être considérée comme ayant une maladie physique jusqu'à preuve du contraire.

Recueillir les antécédents

Recueillir les antécédents d'une personne âgée pouvant présenter un problème de santé mentale ne présente pas de difficulté, il suffit juste d'écouter. Il faut se rappeler qu'un symptôme ou une plainte ayant débuté à un âge avancé, donc plus récemment, comparativement à un symptôme qui a toujours existé, est plus susceptible d'être causé par un trouble sous-jacent. Il faut toujours écouter la famille au sujet des symptômes particuliers, mais rester vigilant.

Quand et comment un événement a-t-il commencé ? Lorsque les familles ne peuvent pas s'en souvenir exactement, il peut s'agir d'une maladie d'Alzheimer. La constatation de pertes de mémoire au fil des mois est probablement due à la présence de dépression alors que l'apparition soudaine est plutôt d'origine vasculaire. Renseignez-vous sur les médicaments en cours et tout particulièrement sur le début ou l'arrêt d'un médicament et l'apparition des symptômes.

Examen de l'état mental

Vous connaissez votre patient mieux que quiconque et êtes le mieux placé pour juger des changements d'apparence ou de comportement, qu'il s'agisse du syndrome de renoncement désintéressé de la dépression, de l'irritabilité de la manie ou de l'attitude méfiante qui sous-tend la psychose. La perte auditive peut prédisposer spécifiquement aux idées paranoïaques.

Le trouble de la pensée formel est rare chez les personnes âgées et devrait faire suspecter un trouble organique sous-jacent. Un discours trop rapide ou les successions d'idées (idées décousues) sont rares. Les idées délirantes seront généralement spontanément rapportées, cependant, vous pouvez passer à côté si vous êtes trop pressés dans votre entretien. Des questions générales telles que «*qu'est-ce qui vous préoccupe en ce moment ?*» et «*à quoi pensez-vous ?*» peuvent être utiles si vous laissez le temps aux sujets de s'exprimer après avoir posé la question. Les idées délirantes sont, par définition, exprimées avec une forte intensité, les formes moins marquées sont des points de vue «*surévalués*» (parfois décrit comme le fait qu'un sujet a «*une marotte*»). Il est important de questionner avec insistance pour détecter la conviction du patient. Une bonne question permettant d'évaluer la survenue d'idées psychotiques est : "*Votre imagination vous joue-t-elle déjà des tours ?*".

Dans la dépression dite psychotique, les idées délirantes sont généralement congruentes à l'humeur (par exemple, la personne âgée dépressive qui estime que le sentiment de persécution est justifié. Il est toujours utile, dans ces circonstances, de demander si le patient pense qu'il mérite cette situation. Si la réponse est oui, alors les idées délirantes sont probablement secondaires à la dépression). Soyez

attentif à l'humour macabre pouvant masquer une dépression sévère. Rappelez-vous que les personnes très déprimées ne pleurent pas nécessairement. Pleurer est un état émotionnel plutôt qu'un affect.

Testez les cognitions de la même manière que lorsque vous évaluez une personne pouvant présenter un état démentiel (par exemple, en utilisant le test GP Cog³) et rappelez-vous que les difficultés de mémoire, de concentration et d'attention ne constituent pas un diagnostic de démence.

Il est toujours important d'évaluer le niveau d'introspection de quelqu'un et il est toujours utile de se demander ce qu'une personne pense être la cause de ses difficultés, car elle peut parfois révéler quelque chose dans son histoire, jusqu'ici non évaluée. Cela peut également aider à évaluer le discernement et peut révéler la réponse à la culpabilité de quelqu'un qui est déprimé.

Tenez compte de votre propre ressenti face à votre patient. Pendant des générations, les cliniciens ont décrit leurs patients comme «agréables». Rappelez-vous que cela reflète simplement ce que l'examineur est amené à ressentir. Les ressentis négatifs doivent être reconnus car ils sont utiles. Une personne qui vous agace constamment pourrait bien être déprimée ou avoir un trouble de la personnalité, et une personne qui vous laisse perplexe pourrait être psychotique.

Examen physique

Les maladies physiques et les effets secondaires des médicaments sont particulièrement fréquents chez les personnes âgées⁴. Il est important d'isoler ces facteurs sous-jacents qui peuvent contribuer au tableau clinique du patient.

En ce qui concerne la prescription d'examen complémentaires, bien sur chaque nouvelle apparition de maladie mentale doit être investigué, mais cette recherche doit être proportionné au bénéfice du patient.

Rappelez-vous, en particulier chez les personnes âgées, les infections masquées sont très fréquentes et tout nouveau problème de santé mentale chez une personne âgée fragile pourrait être considéré comme une infection. De nombreux psychiatres ont vu des cas de dépression psychotique miraculeusement guéris par un traitement antibiotique. Dans un autre registre une simple constipation peut se présenter sous la forme d'une confusion ou d'affects dépressifs.

Au minimum, il faut réaliser un examen physique consciencieux et ciblé. Par exemple, si quelqu'un est essoufflé, si quelqu'un tousse, si quelqu'un semble avoir mal, s'il y a une perte de poids inexplicée, si il y a une modification de la démarche.

Autrement comment faire si cela se passait mal et si les médias en faisaient la publicité? Par exemple, si une radiographie pulmonaire n'était pas prescrite chez un ex-fumeur souffrant d'une toux chronique, ou si l'inquiétude d'une famille concernant une grosseur était ignorée? Les choses simples peuvent sembler communes, mais la prudence est recommandée ; garder à l'esprit qu'un phéochromocytome pourrait ne pas être la première chose à laquelle un médecin pense face à un patient souffrant de maux de tête, les personnes qui deviennent paranoïaques pour la première fois peuvent avoir eu un infarctus du myocarde (IM) silencieux et une dépression grave peut être le symptôme inaugural d'un cancer du pancréas.

³ Ou le MMSE (Mini Mental Score Evaluation) en France

⁴ L'annexe 1 en contient une liste exhaustive

Examens paracliniques

Il convient de réaliser les tests sanguins similaires à ceux effectués pour un dépistage de la démence, à savoir glucose (ou HbA1c), U & Es, DFGe, FBC, TFT et LFT. En cas de suspicion d'infection, une investigation plus poussée devrait être réalisée selon le diagnostic suspecté et peut inclure un test d'urine ou une radiographie pulmonaire.

Indications d'orientation vers des services spécialisés en santé mentale de la personne âgée

- ☒ symptômes psychotiques.
- ☒ perte d'appétit ; Si celle-ci est sévère et rapide, il convient en premier lieu de faire examiner le patient par un gériatre.
- ☒ Suspicion de déficience cognitive sous-jacente (et antidépresseur inefficace).
- ☒ dépression pour laquelle :
 - o deux antidépresseurs (idéalement de deux classes différentes) n'ont pas été efficaces ou tolérés;
 - o antécédents d'hyponatrémie;
 - o idéation suicidaire au premier plan.
- ☒ Si vous n'êtes pas sûr ou inquiet, si la famille est inquiète et ne peut pas être rassurée.
- ☒ S'il y a une difficulté de diagnostic.
- ☒ Si il y a des difficultés pour la mise en place d'une mesure de protection.
- ☒ Les problèmes liés au niveau de capacité sont délicats et faire référence à une évaluation MCA peut être utile. Cependant, rappelez-vous qu'une évaluation du niveau fonctionnel peut être effectuée par tous les professionnels, pas seulement un spécialiste. L'essentiel est de veiller à ce que cette évaluation soit spécifique à chaque occasion et à chaque sujet.

Prescription médicamenteuse

La règle générale «Commencez à faible posologie et augmenter lentement» s'applique à la prescription de médicaments psychotropes chez les personnes âgées. Les schémas thérapeutiques doivent être aussi simples que possible, en essayant d'éviter les augmentations ou en traitant les effets secondaires avec des médicaments supplémentaires. Les personnes âgées peuvent prendre beaucoup plus de temps pour répondre aux médicaments psychotropes.

En général, faites de votre mieux pour éviter :

- ☒ les bloqueurs des récepteurs alpha-adrénergiques, médicaments ayant des effets secondaires anticholinergiques (risque accru possible de troubles cognitifs et risque accru de délire).
- ☒ Antipsychotiques chez les personnes atteintes de démence (mortalité accrue).
- ☒ Médicaments très sédatifs (sauf si une sédation s'avère nécessaire).
- ☒ Médicaments à demi-vie longue et inhibiteurs puissants des enzymes hépatiques tels que l'érythromycine, l'allopurinol ou l'oméprazole.

Si un médicament est mal toléré ou ne fonctionne pas, envisagez de changer de médicament.

Points clés:

- ☒ Chez les personnes âgées, la maladie physique ou les effets secondaires des médicaments sont plus susceptibles d'entraîner une mauvaise santé mentale et nécessitent une enquête approfondie dans tous les cas.
- ☒ Chaque personne âgée devrait bénéficier d'une réévaluation de ses traitements médicamenteux en cours, d'un examen physique ciblé, d'analyses sanguines de base et d'une analyse d'urine (si elle présente des symptômes urinaires).
- ☒ La règle «Commencez à faible posologie et augmenter lentement» s'applique aux médicaments psychotropes et les schémas thérapeutiques doivent être aussi simples que possible.

4. Dépression

La dépression est le trouble mental le plus fréquent chez les personnes âgées. Cependant, les symptômes peuvent être très différents de ceux de la dépression de l'adulte jeune, et, de ce fait, peuvent ne pas être reconnus. Les facteurs de risque de dépression comprennent les problèmes de santé physique, le sexe féminin, la solitude, les événements de la vie (particulièrement le deuil) et la perte d'indépendance.

Symptomatologie de la dépression

La personne âgée peut présenter les mêmes symptômes que l'adulte jeune: symptômes de base (humeur basse, réduction des loisirs, manque d'énergie), symptômes psychologiques (faible estime de soi, désespoir/sentiment de culpabilité, pensées suicidaires) et symptômes biologiques (perte d'appétit, amaigrissement, être en moins bonne forme le matin, réveil précoce, sommeil réduit, mauvaise concentration, agitation ou lenteur).

Certains symptômes sont plus fréquents chez les personnes âgées et pourraient constituer les principales caractéristiques de dépression :

- ☒ Rapporter des symptômes physiques plutôt qu'émotionnels (somatisation). Les symptômes typiques sont les suivants: évanouissement ou vertiges, douleur, sensation de faiblesse générale, membres lourds, masse dans la gorge, constipation.
- ☒ Anxiété en lien avec sa propre santé (hypocondrie), surtout si elle est inhabituelle pour la personne.
- ☒ Anxiété importante.
- ☒ Comportement inhabituel. L'hystérie n'existe pas chez les personnes âgées.
- ☒ Ralentissement dans les réactions émotionnelles ou agitation.
- ☒ Caractéristiques psychotiques (délire de culpabilité, précarité ou maladie physique, absence de vêtements adaptés. Hallucinations auditives à contenu dérogatoire ou obscène, provoquant la culpabilité et la paranoïa).

Un indicateur pertinent pour le diagnostic de la dépression comprend le manque d'intérêt pour quelque chose qui était apprécié auparavant⁵. Une mesure de la sévérité de la dépression est de

⁵ Ce symptôme appartient au tableau de l'apathie ou trouble de la motivation. L'apathie est très fréquente dans les troubles dépressifs du sujet âgé. À côté de la perte d'intérêt un autre symptôme fréquent est la diminution des relations sociales, le replis à son domicile

demander si les gens apprécient les visites de leurs petits-enfants. Les personnes qui ne le font pas ont tendance à être très déprimées.

Les idées délirantes congruentes à l'humeur sont présentes dans la dépression psychotique. Ce sont des idées délirantes reflétant l'humeur basse de la personne, telles que des idées de pauvreté, l'absence de vêtements adaptés, une mort imminente ou le syndrome de Cotard (pour lequel une personne sent que ses entrailles sont mortes). Il convient de demander si les patients pensent mériter le contenu de leurs idées délirantes. Une réponse positive est en faveur d'un état dépressif. Parfois, la présentation de la dépression peut être atypique, beaucoup de personnes seront familières avec ce que nous appelons le syndrome de carence en amitriptyline (le syndrome de carence en sertraline serait l'équivalent moderne de ce syndrome).

Distinguer la dépression de la démence

Les difficultés de concentration et de mémoire sont des caractéristiques habituelles de la dépression du sujet âgé, ce qui rend parfois difficile la distinction avec la démence. Les signes de dépression sont les suivants: symptômes thymiques, apparition soudaine des troubles, répéter «je ne sais pas» pendant les tests cognitifs, difficultés avec la réalisation des tâches cognitives demandant beaucoup d'efforts (donner les mois de l'année en arrière, compter en arrière de 20 à 1), se rappeler d'éléments grâce à des indices et demander de l'aide durant la tâche. Les difficultés d'élocution et de recherche de mots suggèrent un état démentiel plutôt que la dépression. En cas de doute, il est possible d'introduire un traitement antidépresseur pendant 6 semaines puis rechercher un état démentiel si les problèmes cognitifs persistent.

Suicide

Environ un cinquième de tous les suicides se produit chez les personnes âgées. La méthode employée la plus courante est le surdosage médicamenteux. Les tentatives de suicide doivent être prises au sérieux car, comparativement au sujet jeune, il existe une proportion plus élevée de sujets présentant une véritable volonté de mourir. Les facteurs de risque sont les suivants : être un homme, être veuf, avoir un âge avancé, être isolé socialement, souffrir d'une maladie physique (présente dans 80% des cas), la douleur, les abus d'alcool et un trouble dépressif (passé ou présent).

Deuil

Les réactions normales au deuil englobent de nombreux symptômes pénibles, notamment une insensibilité émotionnelle, des sensations intenses de tristesse, de la culpabilité, parfois des hallucinations portant sur la personne décédée et un sentiment d'inquiétude intérieure. Habituellement, ces symptômes s'estompent en six mois ; s'ils persistent de manière intense après cette période, les personnes endeuillées pourraient avoir besoin de conseils ou de soutien d'un professionnel de santé. La distinction entre tristesse normale et dépression peut être difficile. En général, les personnes qui ne peuvent éprouver de plaisir, qui ont une culpabilité plus généralisée (c.-à-d. pas uniquement liées à leur attention pour la personne décédée) ou qui ont des idées suicidaires, ont probablement besoin d'un traitement pour la dépression. Les benzodiazépines doivent être évitées en dehors du traitement à très court terme de la souffrance suivant le deuil. Des conseils sur l'hygiène de sommeil, une alimentation saine et l'exercice sont utiles pour toute personne en deuil.

Traitement médicamenteux

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou la mirtazapine sont les agents préconisés en première intention. La sertraline et la mirtazapine sont plus sûres dans les maladies cardiovasculaires et sont donc souvent utilisées chez les personnes âgées (tableau 1). La mirtazapine peut être utile pour favoriser le sommeil car elle est sédatrice et peut augmenter l'appétit si la perte de poids est un problème particulier.

En général, il est recommandé de commencer à une faible dose et d'augmenter progressivement (paliers de une ou deux semaines). Chez les personnes âgées, les antidépresseurs doivent être prescrits sur une période plus longue (deux à trois mois) avec une période d'entretien prolongée après la récupération (au moins deux ans ou toute la vie si la dépression a été très sévère). En cas de troubles de la déglutition, d'autres formulations peuvent être utiles – la trazodone en solution buvable, la mirtazapine oro-dispersible par exemple. En cas d'inefficacité ou d'intolérance d'un antidépresseur justifiant de changer de médicament, il est préférable d'effectuer une réduction progressive en introduisant la nouvelle molécule à faible posologie (ceci s'applique uniquement aux agents énumérés dans cette publication). Un exemple de chevauchement croisé est donné ci-dessous.

	Semaine		semaine		semaine	
	semaine 1	2	3	4		
décroissance citalopram	20mg	10mg	5mg	rien	rien	
Introduction mirtazapine	rien	15mg	30mg	30mg	45mg (si nécessaire)	

- Les principaux effets indésirables sont l'hyponatrémie, les nausées, l'insomnie et un risque accru d'hémorragie gastrique (en particulier chez les personnes de plus de 80 ans, il convient de proposer un protecteur gastrique avec un IPP de type omeprazole pour les personnes prenant aussi de l'aspirine). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ne doivent être utilisés qu'avec prudence et pour de courtes durées chez les personnes âgées.

Table 1: molécules pour la dépression et l'anxiété	Classe médicamenteuse	Posologie d'initiation	Posologie de maintenance	Posologie maximum
Citalopram	Selective serotonin re-uptake inhibitor (SSRI)	10mg OM	10-20mg OM	20mg OM
Sertraline	Selective Serotonin Re-Uptake Inhibitor (SSRI)	25-50mg OM (25mg can be increased to 50mg after 1 week)	50-100mg OM	100mg (occasionally up 150mg OM)
Mirtazapine	Noradrenergic and specific serotonergic antidepressant (NaSSA)	(7.5mg) 15mg ON	15-30mg ON	45mg ON
Trazodone	Serotonin antagonist and reuptake inhibitor (SARI)	50mg BD	100mg OD – 100mg BD	300mg daily

Venlafaxine	Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI) (monitor BP on initiation)	37.5mg OD	37.5mg BD – 75mg BD	112.5mg BD
-------------	---	-----------	---------------------	------------

La venlafaxine peut provoquer un allongement de l'intervalle QTc en cas de surdosage, mais cela est très rare (contrairement au citalopram, molécule pour laquelle il existe un effet dose sur l'augmentation de l'intervalle QTc). Elle n'a pas été évaluée après un infarctus du myocarde ou au cours d'une maladie coronarienne avérée, cependant il est recommandé d'éviter de l'utiliser pour ces patients en raison du risque de troubles du rythme plus important. En résumé, la venlafaxine ne présente aucun risque sur un cœur sain, mais en cas de maladies cardiaques importantes, la sertraline et la mirtazapine sont des médicaments de choix. Si cela ne fonctionne pas, il faut proposer une solution alternative.

Si le traitement de première intention n'a pas fonctionné, passez à un antidépresseur d'une autre classe, par ex. essayez la venlafaxine ou la mirtazapine si un ISRS n'a pas fonctionné.

La survenue d'hyponatrémie mérite une mention spéciale car elle est courante et facile à tester. Les facteurs de risque associés sont l'âge supérieurs à 80 ans, le fait d'être une femme, des antécédents d'hyponatrémie, une fonction rénale réduite et un faible poids corporel. Les autres médicaments associés à l'hyponatrémie sont essentiellement les diurétiques, les AINS, les inhibiteurs de l'ECA, la carbamazépine, les antagonistes du calcium et les comorbidités telles que le diabète, la BPCO, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque et le cancer.

Certains signes cliniques (confusion, nausée, crampes, faiblesse musculaire, œdème, convulsions) doivent être surveillés chez les patients à haut risque d'hyponatrémie, en réalisant notamment des analyses biologiques régulières (à T0, après 2 semaines, 4 semaines, puis tous les 3 mois). Si un patient a des antécédents d'hyponatrémie, prescrivez une classe d'antidépresseur différente de celle de l'agent responsable de l'hyponatrémie. Si cela n'a jamais été essayé auparavant, prescrire de la mirtazapine. Si la mirtazapine n'est pas tolérée ou est inefficace, consulter un spécialiste.

Alternatives aux traitements médicamenteux

De nombreuses interventions sociales sont efficaces et utiles. Voici quelques exemples ; la fréquentation d'un centre de jour, les relations d'amitié, l'aide et la participation à des cérémonies religieuses, des événements artistiques et des. L'exercice physique est excellent. Enfin ne pas oublier d'avoir une consommation d'alcool modérée.

Les psychothérapies sont sous-utilisées chez les personnes âgées. Hors l'information ces thérapies sont moins efficace chez les personnes âgées n'est pas fondée. Leur efficacité chez les seniors, tant en groupe qu'individuelle, est maintenant bien établie. Elles incluent la thérapie cognitivo-comportementale (pour la dépression et les troubles anxieux), les thérapies de soutien comme le conseil (pour le deuil et l'adaptation à d'autres problèmes de la vie), la résolution de problèmes (dépression légère et troubles de l'adaptation) et les approches psychodynamiques pour les aspects plus en lien avec la personnalité. Il convient de considérer le recours à ces techniques dans les circonstances suivantes :

- ☒ dépression et d'anxiété
- ☒ deuil compliqué
- ☒ difficultés familiales et relationnelles / interpersonnelles

- ☒ difficulté à s'adapter aux problèmes de santé
- ☒ symptômes médicalement inexpliqués.

Il est toujours utile de demander si la personne aimerait voir un thérapeute pour afin de permettre une prise en charge adaptée aux problèmes rencontrés.

Electroconvulsivothérapie (ECT)

L'électroconvulsivothérapie (ECT) est un traitement utilisé pour un nombre restreint de personnes souffrant de dépression. Cette méthode consiste à faire passer un courant électrique de faible intensité dans le cerveau, sous anesthésie générale, afin de provoquer une crise d'épilepsie. Bien qu'il s'agisse d'un traitement lourd et préconisé dans de rares situations uniquement, l'ECT est souvent bien tolérée et permet parfois de sauver la vie d'un patient. Les personnes souffrant de dépression psychotique, celles qui présentent une agitation sévère ou un ralentissement («retard psychomoteur») répondent souvent mieux à l'ECT. Elle est principalement utilisée dans la dépression grave (par exemple lorsque le patient a cessé de manger et de boire) ou dans la dépression résistante au traitement. Les patients seront pris en charge par des services spécialisés et devront être examinés par un anesthésiste afin d'évaluer leur aptitude à subir une anesthésie.

L'ECT est généralement administrée en un maximum de 12 séances, à raison de deux séances par semaine, possiblement de manière ambulatoire bien que souvent les patients nécessitant un traitement de type ECT soient trop malades pour pris en charge de manière ambulatoire.

Prise en charge de la dépression chez les personnes âgées fragiles

La présence d'une maladie physique augmente à la fois la fragilité et le risque de dépression. La prise en charge de l'état de santé physique est très importante, mais les conséquences chez les personnes âgées déprimées sont équivalentes avec ou sans atteintes somatique associée. La poly médication, courante chez ce type de sujet, entraîne des difficultés d'adhésion au traitement et un risque plus élevé d'interactions et d'effets secondaires. Les douleurs associées doivent être traitées et le niveau d'hydratation et de nutrition doit être optimisé. Des doses adaptées d'antidépresseurs doivent être utilisées (si elles sont tolérées et acceptables d'un point de vue biochimique) et peuvent être administrées sous forme orodispersible ou liquide en cas de difficulté à avaler.

Points clés:

- ☒ La dépression est la maladie mentale la plus courante chez les personnes âgées. ☒ Les symptômes peuvent être nettement différents de ceux des jeunes adultes et être de ce fait moins bien identifiés.
- ☒ Les personnes qui répondent au cours de l'entretien fréquemment " je ne sais pas" sont à risque d'être déprimées.
- ☒ Le fait de signaler des symptômes physiques plutôt que des symptômes émotionnels, ainsi que de l'anxiété sont des caractéristiques habituelles de la dépression.
- ☒ Les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques sont très efficaces chez les personnes âgées.
- ☒ Lors de l'utilisation d'antidépresseurs, il faut être conscient des effets indésirables possibles, car il existe un risque de saignement gastrique ou de troubles électrolytiques, comme l'hyponatrémie.
- ☒ Les tentatives de suicide sont généralement de véritables volontés de mourir chez les personnes âgées.

Cas**1:**

Une femme de 77 ans en relative bonne santé consulte son généraliste plus fréquemment que d'habitude. Elle fait état de maux de ventre, se sent mal et craint d'avoir un cancer. Cela a altéré son sommeil et son appétit, et elle semble préoccupée par ces pensées. Lorsque son généraliste l'interroge sur ses antécédents, il apparaît que sa fille unique a récemment déménagé en Australie.

Commentaire: chez la personne âgée, la dépression est souvent de présentation atypique. Les principales caractéristiques retrouvées peuvent être une focalisation sur des symptômes physiques (somatisation), sur la santé et sur d'autres sources d'angoisse. Au départ, il est utile de procéder à un examen approfondi, d'exclure toute maladie physique, mais aussi d'établir une relation de confiance. Une dépression doit être traitée avec un traitement médicamenteux, un accompagnement social et des approches psychothérapeutiques.

Cas**2:**

Une religieuse de 80 ans se présente à la consultation en rapportant des pertes de mémoire, un manque de sommeil et d'appétit, un manque de confiance en soi et une anxiété importante dans les situations sociales, évoluant depuis 3 mois. Elle avait l'habitude d'accueillir les visiteurs au couvent et de répondre au téléphone, mais elle a cessé de le faire car elle avait peur de se ridiculiser.

Elle obtient des performances médiocres à un test de dépistage des troubles cognitifs, et elle répond le plus souvent «je ne sais pas». Elle est capable de répondre correctement aux questions si on lui donne un indice. La sœur qui l'accompagne demande si c'est l'entrée dans une démence. Elle rapporte en outre qu'elle a des antécédents de dépression et qu'elle a passé quelque temps dans un hôpital de soins de courte durée il y a une vingtaine d'années après qu'un antidépresseur eut «fait quelque chose» avec ses électrolytes.

Le médecin généraliste effectue une série de tests sanguins, qui s'avèrent normaux, sans signe d'hyponatrémie. La prescription est de la mirtazapine 15 mg par jour, qui est augmentée à 30 mg par nuit après 2 semaines. Le médecin généraliste surveille le bilan électrolytique après 2 semaines, 4 semaines, puis 3 mois. La patiente répond lentement à l'antidépresseur et, alors que sa mémoire semble toujours altérée au bout de 6 semaines, le médecin décide de l'adresser vers un centre mémoire. Cependant, ces symptômes disparaissent après 12 semaines, et la religieuse et la sœur considèrent que cette consultation n'est plus nécessaire.

Commentaire: La distinction entre démence et dépression peut s'avérer difficile chez la personne âgée. Les marqueurs de dépression comprennent d'autres symptômes thymiques, une apparition soudaine, des difficultés à effectuer des tâches cognitives exigeantes en répondant souvent «je ne sais pas» plutôt que de répondre à un test cognitif, difficultés à se souvenir des éléments malgré la présence d'indices, en demandant de l'aide. Une approche pragmatique consisterait à réaliser un dépistage biologique de la démence et un test thérapeutique aux antidépresseurs de six semaines. En cas d'échec, le recours à un service spécialisé est indiqué. Cette situation peut être plus complexe en cas d'antécédents d'hyponatrémie. La mirtazapine est considérée comme relativement sûre dans ces cas et peut être envisagée sous surveillance étroite du bilan électrolytique. En cas d'échec de la Mirtazapine, le patient doit être orienté vers des services spécialisés pour obtenir des conseils d'experts.

Cas 3:

Une femme de 78 ans présente des troubles de l'humeur depuis plusieurs semaines à la suite du décès de son chien. Elle se plaint en outre d'une odeur nauséabonde dans l'immeuble et a perdu beaucoup

de poids. Sa fille a temporairement emménagé avec elle et a demandé une visite à domicile en urgence au médecin généraliste car sa mère avait cessé de parler et de manger pendant trois jours et buvait le strict minimum. La patiente refuse toute évaluation et soutien. Après une consultation urgente en psychiatrie de la personne âgée, un bilan complet est programmé. Elle est admise dans une unité de psychiatrie, reçoit un traitement par ECT et sort sous traitement antidépresseur.

Commentaire: La dépression grave de la personne âgée se manifeste plus fréquemment par des symptômes psychotiques (délire, culpabilité, sentiment de mort), un ralentissement, une agitation et un apport insuffisant en nourriture et en boissons. Souvent, une réponse positive à l'ECT est observée.

5. Troubles anxieux

Les troubles anxieux sont très fréquents chez les personnes âgées (le plus souvent associés à des antécédents chroniques d'anxiété ou à la dépression). Cependant, il est beaucoup moins fréquent de voir l'apparition de l'anxiété comme diagnostic principal. L'anxiété peut être une caractéristique d'un trouble cognitif majeur, d'un état dépressif ou d'une atteinte organique. La présence d'anxiété doit toujours conduire à des investigations pour exclure tout problème médical sous-jacent (en particulier l'anxiété et le trouble panique débutant). Les causes fréquemment associés sont l'infarctus du myocarde, l'arythmie, les troubles thyroïdiens et les carences en vitamines (annexe 1). D'un autre côté, les symptômes d'anxiété peuvent également être confondus comme des signes de pathologies organiques (voir annexe 1).

Traitement

Les traitements psychothérapeutiques sont le pilier de la prise en charge des troubles anxieux. Les approches cognitives et comportementales sont les plus couramment utilisées. Elles sont efficaces chez les personnes âgées, mais moins si le trouble anxieux est de longue durée (personnalité anxieuse ou trouble anxieux généralisé) malgré d'éventuelles difficultés de déficience sensorielle, de mobilité, de mémoire ou de santé physique.

L'adjonction de médicaments est souvent nécessaire, en particulier aux stades initiaux. Les traitements de première intention sont généralement les ISRS (voir tableau 1). La venlafaxine ou la mirtazapine peuvent être utilisées en deuxième intention. La prescription associée peut être complétée par des hypnotiques à courte durée d'action, surtout si le sommeil est perturbé, mais il convient d'être prudent, surtout si la personne souffre d'un trouble anxieux chronique / d'un trouble de la personnalité ou d'antécédents d'abus de substances (par exemple, prise chronique de nitrazepam à l'âge adulte). Pour les hypnotiques (voir tableau 3), le risque, les bénéfices et la pharmacocinétique doivent être pris en compte. Les benzodiazépines à action prolongée (par exemple, le diazepam) ont tendance à s'accumuler chez les personnes âgées et à entraîner une toxicité (sédation, troubles cognitifs, troubles de la marche, chutes, délire) alors les benzodiazépines à courte durée d'action (par exemple, lorazepam) entraînent un risque plus important de dépendance.

La prégabaline a un métabolisme rénal, ce qui est un avantage chez la personne âgée souvent sous polymédication. Des cas d'abus ont été décrits dans la littérature et lors de l'arrêt, une diminution progressive est recommandée. Elle a probablement un meilleur profil d'effets secondaires en ce qui concerne la cognition que les benzodiazépines.

Le problème de l'utilisation d'amitriptyline est plus délicat en effet en dépit d'une utilisation largement répandue, il n'y a pas eu de véritable recherche à ce sujet (la doxépine a fait l'objet de quelques études

montrant une bonne tolérance, une efficacité et une absence d'événements indésirables). À des doses plus faibles (10-25 mg), l'amitriptyline agit probablement principalement comme antagoniste du récepteur histaminique H1, même si un certain degré d'antagonisme cholinergique muscarinique et 5HT2 pourrait également y contribuer. Les agences des médicaments rappellent de se méfier de la toxicité des antidépresseurs tricycliques en cas de surdosage, même en cas de faibles posologies prescrites 3». Si utilisée avec précaution, l'amitriptyline peut être utile bien qu'associée à un risque de chutes et à des effets secondaires cardiovasculaires.

Les patients souffrant de troubles anxieux, dont l'état ne répond pas au soutien psychologique ou à deux antidépresseurs, doivent être orientés vers des services spécialisés. La même chose s'applique s'il existe un soupçon de démence sous-jacente.

http://www.nwscnsenate.nhs.uk/files/1614/5632/9499/Insomnia_literature_review_-_Jan_2012.pdf - p.34

Insomnie

Le manque de sommeil est une plainte fréquente chez les personnes âgées. Cela peut être idiopathique, mais peut aussi indiquer la présence d'une maladie mentale (typiquement la dépression, l'anxiété) ou physique (généralement des douleurs, des problèmes urinaires). Les personnes âgées ont généralement besoin de moins de sommeil que les jeunes adultes (environ 6 heures entre 60 et 70 ans et 5 heures entre 80 et 90 ans).

La prescription d'hypnotiques ne devrait être initiée qu'après un essai d'amélioration de l'hygiène du sommeil et ne devrait pas durer plus de quatre semaines. Les mesures d'hygiène du sommeil peuvent être importantes.

Tableau 2: Hypnotiques et anxiolytiques

Traitement	Indication	Dose de départ	Dose stable	Dose maximum chez le sujet âgé
Diazepam	Agitation / usage de courte durée pour l'anxiété (max 4 semaines)	1mg TDS		6mg/jour
Lorazepam	Anxiété – utiliser seulement en soirée courte durée (max 4 semaines)	0.5mg OD	0.5-2mg OD	2mg OD
Melatonin	Insomnie – courte durée (max 13 semaines)	2mg (libération prolongée) OD (1-2 h avant le coucher)		
Pregabalin	Anxiété Generalisée	25mg BD (augmentation de 25mg BD Par semaine augmenter de	150mg / j	150-300mg daily (pour un sujet sain et avec une bonne fonction rénales)

		75mg BD, pour un sujet sain et avec une bonne fonction rénales)		
Propranolol	Anxiété symptomes somatiques (ex : palpitations)	10mg BD		Jusqu'a 20mg TDS
Zopiclone	Insomnie courte durée (max 4 semaines)	3.75mg ON	3.75-7.5mg ON	7.5mg ON

Points clés:

- ☑ Les troubles anxieux de novo sont rares chez les personnes âgées et peuvent souvent être des signes de dépression ou de démence précoce.
- ☑ les causes physiques sous-jacentes sont courantes et les symptômes d'anxiété peuvent être confondus avec une maladie physique.
- ☑ Les psychothérapies sont le pilier de la prise en charge.
- ☑ Une prescription d'antidépresseurs est souvent nécessaire.

Cas 4:

Un professeur d'archéologie à la retraite de 85 ans est reçu en consultation avec sa femme. Il a des antécédents de pontage cardiaque, d'insuffisance cardiaque et d'arthrite. Au cours de la dernière année, il a commencé à s'inquiéter pour ses finances et sa santé. Cela affecte également son sommeil et son appétit et l'a conduit à fuir les fonctions sociales et à recevoir des visiteurs. Sa femme se plaint en outre de son manque d'initiative et de motivation. Lors des premiers tests cognitifs le score au MMSE n'est pas altéré. Après une analyse sanguine complète et une vérification de ses paramètres cardiaques, le médecin généraliste lui prescrit de la Sertraline 50 mg, qui est portée à 75 mg après 2 semaines et à 100 mg après 4 semaines. Les symptômes du patient, principalement son sommeil et son appétit, s'améliorent sous traitement antidépresseur, mais il reste très anxieux et préoccupé par ses soucis. Le médecin généraliste lui maintient la Mirtazapine jusqu'à 45 mg par nuit et organise une prise en charge psychothérapeutique via IAPT. Les choses semblent se régler, mais après plusieurs mois, sa femme se plaint de l'anxiété résiduelle, du manque d'engagement et d'un manque de concentration qui le conduit à ne pas terminer une activité. Le médecin généraliste sollicite l'équipe de psychiatrie de la personne âgée. Après une évaluation neuropsychologique approfondie et une IRM, on diagnostique une maladie d'Alzheimer.

Commentaire: À un âge avancé, les troubles anxieux sont rares en tant que diagnostic principal. Cependant, les symptômes d'anxiété sont souvent dus à une dépression sous-jacente ou peuvent être le signe avant-coureur d'un trouble cognitif. De plus, l'anxiété peut être causée par une détérioration de la santé physique (par exemple, arythmies). Les traitements principaux sont des traitements psychologiques, mais la co-prescription d'antidépresseurs peut être nécessaire chez les personnes âgées, pour lutter contre les symptômes dépressifs et favoriser l'engagement. Tout trouble mental résistant au traitement doit faire suspecter une démence sous-jacente.

6. Trouble affectif bipolaire

Le trouble bipolaire ou la manie d'apparition récente sont beaucoup moins fréquents chez les personnes âgées. Si les personnes âgées présentent des symptômes de manie (humeur euphorique, suractivité, insomnie, irritabilité, dépenses excessives, confusion), il convient de toujours suspecter une cause physique sous-jacente aux symptômes (voir annexe 1), notamment s'il n'existe pas d'antécédents de trouble de l'humeur. Les épisodes maniaques sont souvent suivis directement par des épisodes dépressifs, soulignant l'importance d'une adhésion continue aux traitements régulateurs de l'humeur.

Si les patients se présentent avec des symptômes de manie ou d'hypomanie, une prescription de courte durée d'hypnotiques (voir tableau 3) peut être initiée, suivie d'une orientation vers des soins spécialisés. Le rôle des soins primaires est d'exclure les causes organiques sous-jacentes (et la référence aux soins spécialisés) et de surveiller les traitements régulateurs de l'humeur (en particulier le lithium).

Surveillance du lithium

Le lithium a un index thérapeutique très réduit. Par conséquent, les taux de lithium doivent être surveillés afin de pouvoir détecter une toxicité (diarrhée, vomissements, tremblements, confusion, convulsions pouvant entraîner la mort). La toxicité du lithium justifie l'arrêt et une enquête urgente. Les principaux facteurs influençant les taux de lithium sont la déshydratation et la poly médication. Des augmentations imprévisibles de la lithémie (jusqu'à 4 fois) sont rapportées avec :

- ☒ Inhibiteurs de l'ECA / bloqueurs A2 (augmentation sur plusieurs semaines).
- ☒ Les thiazidiques (augmentation en quelques jours) - les diurétiques de l'anse sont plus sûrs.
- ☒ Les AINS (augmentation en quelques jours à quelques mois) - ils ont un effet très imprévisible et parfois dramatique sur les taux de lithium et il vaut mieux les éviter avec le lithium, sauf en cas d'absolue nécessité.

Ces médicaments peuvent toujours être prescrits, mais à des doses stables sous surveillance étroite du taux de lithium. Consulter un spécialiste en psychiatrie ou en pharmacien si vous prescrivez ces médicaments avec du lithium.

Pour des taux normaux, l'utilisation prolongée du lithium peut provoquer une hypothyroïdie et réduire la fonction rénale. Dans l'un ou l'autre cas, communiquez avec l'équipe de santé mentale pour obtenir des conseils.

Pour détecter la toxicité et les effets indésirables (sur la thyroïde et les reins), une surveillance régulière est nécessaire (voir tableau 3).

Tableau 3: Surveillance du lithium

Test	Fréquence	Notes
------	-----------	-------

Lithémie plasmatique	Tous les 3 mois	Prélèvement sanguin 12 heures après la dernière dose (0,4 mmol / L pourrait être efficace en cas de dépression unipolaire; 0,6-0,8 mmol / L en cas de maladie bipolaire chez les personnes âgées). Si arrêt réduire lentement sur au moins 1 mois; éviter des réductions incrémentielles du taux plasmatique > 0,2 mmol / L.
U&Es (e-GFR), TFTs, Calcium, FBC	Tous les 3 mois	

Points clés:

- ☑ Le trouble affectif bipolaire / manie d'apparition récente est rare chez les personnes âgées. La recherche d'une cause physique sous-jacente est de la plus haute importance.
- ☑ En cas de manie chez un patient ayant des antécédents de trouble affectif bipolaire ou de dépression récurrente, commencez par prescrire un hypnotique et dirigez-le vers des services spécialisés.
- ☑ Les patients sous lithium ont besoin de tests sanguins tous les trois mois (pour détecter la toxicité et les effets indésirables sur la fonction thyroïdienne ou rénale).

Cas 5 :

Une femme de 82 ans avec des antécédents de plusieurs épisodes dépressifs a récemment changé. Elle est maintenant très irritable, incontinente et a très peu dormi pendant 2 semaines. Son mari est épuisé. En errant dans le quartier il y a environ deux nuits, elle est tombée, se blessant à la hanche et à la tête. Bien qu'elle soit en fauteuil maintenant, elle refuse toute aide. Le médecin généraliste effectue une visite à domicile, mais la patiente n'autorise qu'un examen superficiel. Le médecin généraliste a l'impression que sa hanche pourrait être fracturée et qu'elle pourrait développer une pneumonie. Comme elle ne se prête à aucune intervention salvatrice, le médecin généraliste contacte l'équipe du secteur psychiatrique des pour connaître les modalités d'hospitalisation sous contraintes. Après quelques discussions, les ambulanciers conduisent la patiente à l'hôpital où ses fractures et sa pneumonie sont traitées. Les corticoïdes oraux à forte dose pour sa polyarthrite rhumatoïde sont arrêtés. L'équipe de liaison en santé mentale s'implique, pose un diagnostic de trouble affectif bipolaire et initie de l'olanzapine et du lithium. À la sortie de l'hôpital l'olanzapine est arrêtée, mais la patiente continue à prendre Lithium, le médecin généraliste vérifie tous les 3 mois sa fonction thyroïdienne et rénale, ainsi que son taux de lithium (variant entre 0,4 et 0,7 mmol / L). Après la mort de son mari, la patiente devient résidente dans une maison de retraite (EHPAD) . Le médecin généraliste continue la surveillance du lithium. Lorsque sa fonction rénale commence à diminuer, le médecin généraliste demande conseil auprès d'un service spécialisé en santé mentale en ce qui concerne l'arrêt du lithium et la nécessité de stabiliser l'humeur.

Commentaire : Le trouble affectif bipolaire d'apparition récente est relativement rare chez les personnes âgées et se manifeste généralement chez les patients ayant des antécédents de dépression récurrente. Dans la manie, les causes physiques et les effets secondaires des médicaments doivent

être exclus. Si un patient présente une maladie mettant sa vie en danger, refuse de se rendre à l'hôpital il faut dans l'intérêt du patient utiliser les possibilités de la loi sur les hospitalisations sous contraintes. Les médecins ont un rôle crucial à jouer dans la surveillance des patients sous lithium pour une toxicité aiguë et chronique.

4 www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/pdfs/ukpga_20050009_en.pdf

7. Troubles psychotiques

Les patients présentant des symptômes psychotiques peuvent souffrir d'une maladie psychotique depuis longtemps (schizophrénie chronique, trouble schizo-affectif, trouble délirant), d'un trouble de l'humeur (dépression psychotique courante, trouble affectif bipolaire), d'une démence précoce ou d'une schizophrénie d'apparition tardive (également appelée paraphrénie ou psychose de type schizophrène à apparition très tardive). Comme dans tous les troubles psychiatriques, les causes physiques (en particulier le délire) et les effets secondaires des médicaments doivent être écartés chez les personnes âgées présentant des symptômes psychotiques (voir annexe 1).

Schizophrénie à début tardif

Les facteurs de risque de la schizophrénie d'apparition tardive sont : sexe féminin, isolement social et déficiences sensorielles (vue, ouïe). De nombreux patients ont des antécédents de troubles du fonctionnement et de troubles de la personnalité (paranoïa, pas d'intérêt pour les relations sociales, le caractère secret, l'expression limitée des émotions). La schizophrénie à début tardif ne progresse généralement pas vers la démence et les patients ont généralement des tests cognitifs normaux. Par contre l'apparition de problèmes cognitifs (tels que les troubles de la mémoire épisodique c'est à dire des faits récents) peuvent orienter vers - un état de démence. Environ un cinquième des patients atteints de schizophrénie présentent un état délirant persistant, qui pourrait avoir été présent durant presque toute leur vie.

Symptômes

Les symptômes les plus courants sont les délires de persécution et les hallucinations auditives, dont les thèmes sont souvent liés. Ils impliquent souvent des voisins (par exemple, l'espionnage, une infestation ou l'utilisation de la magie noire et la volonté de les voir quitter leur propriété), parfois accompagnés de délires dits de « cloison » (une personne ou un objet traverse une barrière imperméable comme des murs). Une bonne question à se poser en matière de symptômes psychotiques est : «Votre imagination vous joue-t-elle déjà des tours ?» (Voir également la section précédente sur l'examen de l'état mental).

Environ un cinquième des personnes âgées présentant une psychose à début tardif souffrent d'hallucinations visuelles, tactiles ou olfactives, beaucoup plus fréquentes que chez les adultes plus jeunes. Cependant, il est rare d'avoir un trouble de la pensée, des symptômes négatifs (c'est-à-dire des déficits de réponse émotionnelle et de motivation) ou la catatonie. Si présents, ils doivent faire suspecter un démence ou d'autres lésions cérébrales sous-jacentes (par exemple, un accident vasculaire cérébral ou une tumeur).

Si un patient se présente avec des hallucinations visuelles, les options diagnostics suivantes doivent être considérés :

☑ Délire (surtout si les hallucinations font peur)

- ☒ Maladie à corps de Lewy
- ☒ Médicaments anti-parkinsoniens (utilisés dans le traitement de la maladie de Parkinson)
- ☒ Syndrome de Charles Bonnet (voir ci-dessous).

Traitement

Bien que les risques ne soient souvent pas extrêmes pour justifier l'utilisation d'une demande d'hospitalisation sous contraintes, la souffrance est indéniable. L'obtention d'une alliance thérapeutique est cruciale. Cependant, il est fréquent que celle-ci soit insuffisante en raison du refus du patient d'accepter un traitement. Dans cette situation, le médecin généraliste joue souvent un rôle central en tant que médiateur et facilitateur. Il est important d'exclure les causes organiques (maladie physique, effets secondaires des médicaments, démence), de corriger tout déficit sensoriel (aide auditive, retirer cérumen du conduit auditif, lunettes si nécessaire) et de traiter l'isolement social (centre de jour,...) . Les approches psychothérapeutiques (thérapie cognitivo-comportementale, conseil) peuvent atténuer la détresse, mais sont souvent refusées.

Un traitement par antipsychotiques à faible dose (voir tableau 4) est souvent nécessaire, mais les personnes âgées sont très sensibles aux effets indésirables, ce qui entraîne souvent un refus de prise par le patient. Il est plutôt rare qu'un généraliste initie autre chose qu'un traitement antipsychotique de courte durée.

Tableau 4: Antipsychotiques pour les symptômes psychotiques chez le senior

Molécule	Posologie initiale	Posologie de maintien	Posologie maximale chez le senior
Amisulpride	25-50 mg/j	50-100 mg/j	200 mg/j (précautions pour des posologies > 100 mg/j)
Risperidone	0.5 mg/j	1 mg/j	2 mg/j
Aripiprazole	5 mg OM (considérer 2 semaines pour atteindre le taux sanguin thérapeutique)	5-15 mg/j	20mg OM

Surveillance des paramètres somatiques

Tous les patients qui ont reçu des antipsychotiques doivent réaliser les tests suivants au départ, après 3 mois et chaque année :

- ☒ pression artérielle, pouls, poids
- ☒ tests sanguins - glycémie à jeun , numération, formule sanguine, inogramme , créatinémie, SGPT, SGOT, cholestérol
- ☒ ECG
- ☒ Surveillance des effets secondaires moteurs (tremblements, rigidité, agitation, mouvements de la langue et de la bouche).

Indications de consultation spécialisée

Les personnes âgées présentant des symptômes psychotiques persistants doivent être évaluées par des services de santé mentale spécialisés. Cependant, les patients préfèrent souvent la relation de confiance établie avec le médecin généraliste. Une visite conjointe ou une évaluation conjointe dans le cadre de la consultation chez le médecin généraliste avec l'équipe de spécialistes en santé mentale. Si possible, après investigation, une prescription à faible dose d'un antipsychotique et de mesures non pharmacologiques (pour corriger un déficit sensoriel, il faut consulter dans un centre de jour et pour des mesures sociales, il faut consulter le service social) peuvent être tentées.

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans la surveillance des effets indésirables des antipsychotiques et doivent veiller à ce qu'un contrôle de la santé physique soit effectué annuellement. Si la personne en question a des antécédents de maladie mentale et prend des antipsychotiques, il est utile de l'adresser à une équipe de spécialistes. Si elle éprouve des symptômes psychotiques accrus ou des effets secondaires importants du médicament, il convient d'envisager des traitements plus récents et plus adaptés.

Si vous souhaitez arrêter l'antipsychotique d'un patient (surtout s'il est prescrit depuis une longue durée), il est important de faire une analyse bénéfice/risque approfondie en première intention et de demander conseil auprès d'un spécialiste. En particulier, vous devriez demander conseil si vous prenez des médicaments à libération prolongée car la dose doit être diminuée très lentement. Si l'antipsychotique est arrêté et que la personne rechute, il peut souvent être plus difficile de retrouver la bonne dose pour eux, il est donc important de revoir régulièrement l'état mental de la personne pour détecter tout signe précoce de rechute.

Points clés:

- ☑ Les symptômes psychotiques chez les personnes âgées sont souvent associés à une maladie physique (délires), une dépression, à des patients atteints de schizophrénie de longue date ou présentant des signes avant-coureurs de démence. ☑ La schizophrénie d'apparition tardive est rare, mais les services spécialisés de santé mentale sont souvent sollicités au moment de l'apparition d'une crise.
- ☑ La prescription d'antipsychotiques à faible dose peut être utile et peut-être plus facilement acceptée si elle est initiée par le médecin généraliste bénéficiant des conseils d'un spécialiste.
- ☑ Tous les patients ayant reçu des antipsychotiques ont besoin d'un bilan de santé physique annuel.

Cas 6 :

Femme de 76 ans, plutôt en bonne santé, ne souffrant que de problèmes auditifs et d'arthrite. Elle se présente à la consultation en raison de «problèmes avec ses articulations». Au cours de la consultation, la patiente mentionne que ces anomalies ont été causées par ses voisins et commence un long monologue sur les comportements antisociaux auxquels elle est confrontée. Il apparaît en outre qu'elle a déménagé à son adresse actuelle après des difficultés avec ses voisins précédents. La patiente n'a jamais été mariée et son principal lien social est sa nièce qui lui rend visite une fois par semaine. La patiente ne veut pas être orientée vers la consultation de santé mentale, mais accepte des conseils afin d'évacuer ses frustrations. Après quatre séances, le thérapeute répond que les croyances de la patiente sont trop figées pour permettre un traitement psychologique à ce stade et recommande de l'orienter vers des soins spécialisés.

Bien que la patiente fasse des évaluations répétées, évacue ses frustrations et demande de l'aide pour trouver un autre logement, elle refuse tout traitement ou suivi. La patiente présente des idées délirantes et des hallucinations auditives en lien avec ses voisins, ainsi que des hallucinations olfactives, mais aucune déficience cognitive. L'équipe de santé mentale conclut qu'elle souffre de schizophrénie à début tardif. Bien que la souffrance et la détresse soient évidentes, aucun risque pour elle-même, les autres ou sa santé ne peut être identifié. Après discussion avec un spécialiste, le médecin généraliste prescrit une dose de 50 mg d'amisulpride au coucher (une augmentation de la posologie n'est pas proposée afin d'éviter d'aggraver l'adhésion aux soins) pour aider le patient à faire

face au stress. Au cours des semaines à venir, la détresse et la préoccupation de la patiente diminuent considérablement. Bien qu'elle reste préoccupée par ses voisins, cela ne semble pas affecter son fonctionnement. Elle accepte en outre d'obtenir une nouvelle aide auditive et de fréquenter un centre de jour deux fois par semaine.

Commentaire : Le sexe féminin, l'isolement social et la déficience sensorielle sont des facteurs de risque typiques de la schizophrénie tardive. La symptomatologie implique généralement des thèmes courants, le plus souvent les voisins. La paranoïa est souvent bien ancrée et les services de santé mentale spécialisés peinent à faire participer ces patients. Culturellement, les patients font confiance à leur médecin généraliste qui peut ainsi être le mieux placé pour négocier la prescription d'antipsychotiques à faible dose. Tous les patients auxquels des médicaments antipsychotiques ont été prescrits ont besoin d'une surveillance annuelle de l'état de santé physique et d'un ECG (si possible).

Cas 7 :

Un homme de 69 ans ayant des antécédents de schizophrénie depuis l'adolescence réside dans une maison de retraite. Il y a environ 4 ans, il a été admis dans une unité psychiatrique en raison d'une grave négligence de sa part, puis a été renvoyé à la maison de retraite. Lorsqu'on le questionne avec insistance, il rapporte qu'une bataille épique se déroule dans laquelle il joue un rôle crucial, mais exprime rarement une quelconque détresse. Il a besoin d'être stimulé pour effectuer ses soins personnels, il fume beaucoup, mais il prend correctement tous les médicaments. L'équipe de santé mentale a donc changé son médicament retard en rispéridone 2 mg / j Le médecin généraliste effectue un bilan de santé physique annuel complet et surveille sa cognition. Le médecin surveille également les effets secondaires de la rispéridone.

Commentaire : Chez les patients atteints de schizophrénie au long cours, les symptômes négatifs (retrait social, manque de motivation, pauvreté des pensées et vitesse) ont tendance à dominer le tableau clinique lorsqu'ils vieillissent. Cela nécessite souvent des soins en établissement. Dans ces services, les patients peuvent souvent être traités avec des médicaments oraux et il n'est plus nécessaire d'impliquer des services de santé mentale spécialisés. Bien que les traitements antipsychotiques restent souvent inchangés au fil des ans, une évaluation régulière de la santé physique, de l'état moteur ou cognitif est nécessaire. Si ces patients développent une démence, la poursuite du traitement antipsychotique présente souvent des avantages plus importants, malgré des risques plus élevés d'accident vasculaire cérébral et de décès chez les personnes atteintes de démence.

Cas 8 :

Une femme de 82 ans est devenue paranoïaque au cours des dernières semaines et son fils est venu vous voir. Il est très préoccupé par le comportement de sa mère en disant que quelque chose doit être fait. Son fils dit qu'elle n'a pas mangé depuis quatre jours à cause de la peur que des gens pourraient essayer de la blesser. Elle a l'air déshydratée et refuse toute aide médicale.

L'année précédente, elle avait eu un épisode psychotique transitoire quand elle avait eu l'impression que ses voisins essayaient de l'empoisonner. Elle a été évaluée par l'équipe de santé mentale, mais, avec le temps, les choses s'étaient réglées. L'année dernière, aucun problème n'a été enregistré.

Elle avait eu son examen annuel trois mois auparavant et tous ses tests sanguins étaient normaux et rien ne laissait supposer qu'elle développait une démence. Quand elle était vue, son comportement était adapté et rien ne laissait supposer une éventuelle négligence de sa part.

Commentaire : Cette femme doit être évaluée d'urgence et une visite à domicile par l'une des équipes de santé mentale. En supposant qu'il n'y ait pas de cause évidente de sa paranoïa et qu'elle soit

psychotique, il faudrait évaluer si une hospitalisation sous contrainte est nécessaire. Une consultation urgente auprès de l'équipe locale de santé mentale est la ligne de conduite la plus appropriée.

8. Délirium / Confusion

Les médecins généralistes seront facilement familiarisés avec les épisodes de confusion chez leurs patients âgés. Voici quelques points clés concernant la confusion :

☒ la confusion est trouble aigu qui commence et finit souvent (mais pas toujours) brusquement. La démence est un trouble cérébral chronique, la confusion est un trouble cérébrale aigu. La confusion aiguë doit être évoquée quand la personne âgée présente un changement rapide de son comportement habituel ou en cas d'inversion récente du rythme nyctéméral (veille-sommeil).

☒ la confusion est une urgence médicale.

☒ la confusion est toujours dû à une cause physique même si vous ne parvenez pas à la mettre en évidence. Considérez que « si ce n'est pas en dessous du cou, c'est au-dessus du cou ». Vérifiez également la relation temporelle avec les prescriptions de médicaments.

☒ Le syndrome clinique de la confusion peut durer des semaines et parfois des mois après la résolution de l'événement organique. Le syndrome clinique peut persister quelque temps après que le nombre de globules blancs soit revenu à la normale.

☒ Les symptômes accompagnent souvent la démence. Les personnes atteintes de démence sont 30 fois plus susceptibles de devenir confus que celles sans démence.

☒ Les épisodes de confusion successifs entraînent de manière caractéristique une détérioration de la cognition. Les membres de la famille disent souvent que les gens se rétablissent, mais qu'ils ne retrouvent jamais tout à fait leur état antérieur.

☒ La prise en charge de la confusion consiste à traiter l'état pathologique sous-jacent. La Haute Autorité de Santé dans ces recommandations (2009) indique :

La prise en charge et le traitement des causes de la confusion aiguë permettent dans la plupart des cas une amélioration de la symptomatologie.

Le traitement symptomatique médicamenteux n'est destiné qu'à traiter ponctuellement les symptômes gênants (anxiété majeure ou agitation sévère) pour le patient et son entourage.

Si ce traitement est nécessaire, il est recommandé de privilégier une monothérapie et une durée la plus courte possible (24 à 48 heures maximum).

Le choix de la classe thérapeutique est orienté en fonction des symptômes de confusion qui nécessitent une intervention médicamenteuse. Il est recommandé d'utiliser en cas d'agitation sévère :

- avec une anxiété prédominante : une benzodiazépine ayant un pic d'action rapide et une demi-vie courte ;
- avec des troubles productifs (hallucinations, délire) : un neuroleptique le plus adapté au profil du patient.

☒ Soyez conscient qu'une confusion pauci-symptomatique (caractérisé par un renoncement et de l'apathie) peut être facilement négligé par rapport aux symptômes positifs habituels affichés.

9. Syndrome de Charles Bonnet

Des hallucinations visuelles complexes peuvent survenir en raison d'une déficience visuelle (en particulier une dégénérescence maculaire, plus probable si les deux yeux sont affectés). Les hallucinations apparaissent souvent de manière imprévisible et peuvent durer de quelques secondes à quelques jours. Elles peuvent être de simples formes peu caractérisées et peuvent se manifester par la vision de visages, d'animaux ou de personnes. La réponse aux hallucinations diffère d'un patient à l'autre : elle peut être effrayante ou agréable. L'introspection est généralement préservée et la principale inquiétude des patients est qu'ils puissent souffrir de démence ou d'une autre maladie mentale. Offrir des explications aux phénomènes peut apporter un soulagement. Des techniques simples pour faire disparaître les hallucinations sont les suivantes : augmenter l'éclairage, se distraire, fermer les yeux ou se détourner de l'image perçue ou regarder de façon répétée deux points imaginés sur un mur. Si la détresse continue, les sérotoninergiques ont montré des bénéfices dans certains cas cliniques publiés.

Les patients doivent être étroitement surveillés, car les hallucinations visuelles peuvent être le signe avant-coureur de la démence, en particulier de la démence à corps de Lewy.

Il existe un équivalent auditif du syndrome de Charles Bonnet où les personnes atteintes de surdité font l'expérience d'hallucinations musicales ou autres. Encore une fois, la distraction comme l'augmentation de l'activité est le traitement de choix.

Points clés :

- ☑ La déprivation sensorielle peut provoquer des hallucinations. La correction de la déficience diminue généralement l'expérience. Si cela n'est pas possible, l'explication des phénomènes peut apporter un soulagement.
- ☑ Les hallucinations visuelles peuvent être un premier signe de démence (en particulier la maladie à corps de Lewy).

10. alcool

À un âge avancé, la tolérance à l'alcool diminue, entraînant un risque accru d'intoxication. Les problèmes de santé physique et la poly médication sont courants et augmentent le risque d'effets indésirables.

Bien que certaines personnes âgées aient tendance à réduire leur consommation d'alcool et que l'abstinence soit fréquente, la nouvelle génération de baby-boomers qui arrivent à la soixantaine ont une attitude plus tolérante par rapport à l'alcool et a davantage de problèmes liés à l'alcool. La consommation d'alcool peut augmenter avec l'âge, souvent en raison de facteurs psychosociaux (y compris le deuil, la retraite, l'ennui et la solitude), de maladies physiques ou mentales ou de problèmes de mémoire. L'abus tardif de substances est souvent bénin et peut répondre à des tentatives et efforts encourageant la réduction ou l'abstinence.

D'un autre côté l'abus d'alcool est beaucoup plus difficile à détecter chez les personnes âgées, car il est masqué par des maladies et des affections non spécifiques telles que les problèmes gastro-intestinaux et l'insomnie, ou les troubles cognitifs, la dépression. Les cliniciens doivent faire attention aux patients présentant qui présentent des incohérences dans leurs présentations, la description des

antécédents, avec des hauts et des bas inexplicables et ceux qui se portent bien à l'hôpital et à mal domicile.

Stratégies de gestion

Traiter les problèmes pratiques, qui ont causé la dépendance à l'alcool, peut avoir un impact important sur cette population de patients. Cela signifie qu'une gestion active des problèmes de santé physique (p. ex : douleur, mobilité) est nécessaire en plus de l'encouragement à participer à des activités sociales non liées à la consommation d'alcool, comme la fréquentation d'un centre de jour ou la transition vers un logement plus subventionné. Il faut aussi se rappeler que le conseil aux personnes âgées doit être fondé sur l'évaluation et les besoins de chaque personne doivent correspondre à la gamme de traitements et de services disponibles.

Points clés :

- ☑ L'abus d'alcool est moins fréquent chez les personnes âgées, mais est en augmentation.
- ☑ Il peut être manqué s'il n'est pas recherché.
- ☑ Il est très important de traiter les problèmes de santé physique et mentale sous-jacents.
- ☑ Les personnes âgées sont plus susceptibles d'être motivées à s'abstenir que les jeunes adultes.

Cas 9 :

L'infirmière attire l'attention du généraliste sur un homme de 72 ans qui a consulté régulièrement pour BPCO. Sa femme est décédée il y a environ neuf mois et il n'est plus venu depuis à la consultation. Le médecin généraliste organise une visite à domicile et trouve l'appartement du patient dans un état désordonné, mais pas misérable. Le patient indique que sa fille, qui habite à 100 kilomètres, lui rend visite une fois par mois pour aider au nettoyage et pour faire les courses. Le médecin généraliste note une grande quantité de bouteilles de vin vides dans le jardin du patient. Le patient sent l'alcool et semble essoufflé. Il déclare qu'il est devenu très isolé socialement après la mort de sa femme et a commencé à boire de plus en plus de vin bon marché. Il rapporte qu'il a fini tous ses inhalateurs il y a plusieurs semaines. Bien que sa mobilité soit médiocre, il peut toujours aller au magasin de quartier pour acheter un journal, un sandwich et une bouteille de vin tous les jours. Le médecin généraliste contacte les services sociaux. Un ensemble de solutions de prise en charge est proposé, comprenant une assistance pour le nettoyage et les achats et pour s'assurer que le patient a suffisamment de médicaments.

On lui offre des conseils du service local d'addictologie. Une fois son essoufflement pris en charge, le patient se sent mieux et accepte une consultation dans un centre de jour. Il décide plus tard de déménager dans un logement protégé.

Commentaire : Les problèmes d'alcool sont relativement rares chez les personnes âgées, mais sont souvent non repérés. Le pronostic est meilleur si les problèmes de santé physique et mentale sont traités.

11. Problèmes de personnalité

Avec l'âge, certains traits de personnalité peuvent devenir plus prononcés (en particulier la rigidité, l'introversion, la prudence et les obsessions), tandis que d'autres, comme la psychopathie et les troubles de la personnalité émotionnellement instables («limites»), peuvent s'améliorer. Les événements de la vie, en particulier la perte d'un partenaire, peuvent relancer des stratégies d'adaptation peu utiles telles que la recherche d'aide excessive, l'automutilation et les demandes de sédatifs. Des examens réguliers avec (si possible) un seul praticien en soins primaires et des limites claires, notamment en ce qui concerne la prescription de médicaments inappropriés, sont importants. Les changements de personnalité d'apparition relativement soudaine associés à un plus grand égocentrisme et rigidité doivent faire rechercher des causes organiques sous-jacentes telles que la démence du lobe frontal.

12. Trouble d'accumulation et syndrome de Diogène

Ce syndrome qui porte le nom du philosophe Diogène (qui vivait dans un tonneau), est relativement rare. Il décrit une aggravation des personnalités excentriques et distantes / recluses, conduisant à l'isolement, à une grave négligence de soi, à l'accumulation d'objets extrême et à des conditions de vie sordides. Le terme préféré (codé dans DSM-V) pour les personnes qui accumulent des objets est «trouble de l'accumulation». L'accumulation et la misère peuvent être dues à la démence, aux lésions du lobe frontal consécutives à un accident vasculaire cérébral, à la dépression, à un TOC et à la schizophrénie chronique. Cependant dans de nombreux cas il n'y a pas d'autre trouble psychiatrique associé et il existe souvent une résistance à accepter de l'aide. Les recherches ont montré qu'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peut être utile aux personnes qui accumulent, bien que ce ne soit pas disponible partout.

Dans ce groupe de patients, il convient de demander l'avis d'un spécialiste pour savoir s'il existe un trouble traitable sous-jacent, afin de déterminer si la personne est susceptible de bénéficier d'une TCC ou des mesures plus pratiques (par exemple accepter un nettoyage effectué par une agence spécialisée ou un conseil) . En cas de risque élevé (p. Ex. Incendie ou infestation), il pourrait être nécessaire d'utiliser une modalité d'hospitalisation sous contrainte pour résoudre le problème.

Points clés :

- ☑ Des changements de personnalité relativement soudains doivent être recherchés une démence et d'autres maladies organiques.
- ☑ Si les personnes âgées s'auto-négligent et / ou vivent dans des conditions sordides, une maladie mentale peut ne pas apparaître immédiatement.

Cas 10 :

Un bibliothécaire à la retraite de 71 ans est adressée au médecin généraliste par les services sociaux. Il ne s'est jamais marié et a vécu dans son appartement pendant presque 40 ans, d'abord avec sa mère jusqu'à son décès il y a 10 ans. Aucune famille connue n'existe. Suite à des plaintes concernant une odeur venant de ses voisins, le responsable du logement a inspecté son appartement, trouvant des journaux, de la nourriture en décomposition, des rongeurs et des excréments. Le patient se présente avec des signes de négligence de soi, ayant les cheveux et les ongles non coupés, et il s'est étonné de l'état dans lequel il se trouvait. Il hésite à accepter toute aide ou à quitter son appartement. Il est finalement admis dans une unité de santé mentale sans son consentement pour une évaluation. Bien qu'il commence à prendre des antidépresseurs, aucun diagnostic psychiatrique clair ne peut être établi et il est renvoyé dans un logement protégé.

Commentaire : Le syndrome de Diogène peut être considéré comme une exagération inhabituelle des traits de personnalité isolé chez les personnes âgées. Cela conduit à une extrême négligence de soi et à vivre dans une misère domestique, avec un trouble du jugement sur leur situation. Bien qu'il puisse ne pas y avoir de maladie mentale immédiatement apparente, le recours à une hospitalisation sous contrainte pourrait être nécessaire pour résoudre la situation. Un engagement respectueux et opportun, des interventions dans le cadre d'une relation continue et un soutien pertinent pour l'individu sont les facteurs jugés par les patients comme les facteurs les plus importants d'une intervention réussie. Dans les cas moins graves, la TCC pourrait être efficace.

13. Abus des aînés

L'abus peut être dû à des actes délictueux (abus physique, sexuel, verbal ou émotionnel, exploitation financière) ou à une omission (par exemple négligence telle que rétention de nourriture ou ignorance des appels à l'aide). Chez les personnes âgées, le risque est similaire selon le sexe, l'âge et le statut socioéconomique. La violence domestique est sous-déclarée. Les formes les plus courantes sont la violence verbale et l'exploitation financière par les membres de la famille, ainsi que la violence physique exercée par les conjoints.

Les facteurs de risque d'être victime d'abus sont l'isolement social, l'absence d'un tuteur approprié et une forte dépendance. Les aidants ayant des problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou d'ordre financier sont plus susceptibles d'exercer des abus. Réduire l'isolement social est la stratégie de prévention la plus importante.

Points clés :

- ☑ La violence domestique chez les personnes âgées est sous-estimée.
- ☑ Les formes les plus courantes sont la violence verbale et l'exploitation financière par les membres de la famille, ainsi que la violence physique exercée par les conjoints.
- ☑ La stratégie de prévention la plus importante consiste à réduire l'isolement social. ☑ Le rôle d'un généraliste dans la sauvegarde est d'être attentif aux signes d'abus et de discuter des soupçons avec l'équipe locale de sauvegarde, généralement via les services sociaux.

Annexes

Annexe 1: Présentations psychiatriques résultant de maladies physiques et de médicaments

Présentation psychiatrique	Atteintes organiques	Traitements
Dépression	Lésion cérébrale (accident vasculaire cérébral, néoplasie), maladie de Cushing, maladie de Huntington, sclérose en plaques, hypothyroïdie, carence en vitamine (B, D), maladie de Parkinson, angor et infarctus du myocarde,	Stéroïdes, anticholinergiques, alcool

	anémie, diabète sucré, perturbations électrolytiques	
Manie	Lésion cérébrale (accident vasculaire cérébral, néoplasie), maladie de Cushing, maladie de Huntington, hyperthyroïdie, sclérose en plaques, épilepsie du lobe temporal, déficit en vitamines (B, D), maladie de Parkinson.	Antiparkinsonien (agonistes de la dopamine), stéroïdes, antidépresseurs, alcool, caféine
Anxiété	Lésion cérébrale (accident vasculaire cérébral, néoplasie), phéochromocytome, maladie de Huntington, hyperthyroïdie, maladie de Parkinson, cardiopathie, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, arythmies), hypoglycémie, maladie pulmonaire (BPCO, pneumonie, embolie pulmonaire)	Stéroïdes, antidépresseurs, thyroxine, anticholinergiques, sympathomimétiques, alcool, caféine
Psychose	Lésion cérébrale (accident vasculaire cérébral, néoplasie), maladie de Cushing, maladie de Huntington, épilepsie du lobe temporal, maladie de Parkinson, angine et infarctus du myocarde.	Antiparkinsonien (agonistes de la dopamine), stéroïdes, alcool

Échelle de dépression gériatrique

Mini GDS⁶

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent

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

⁶ Traduction française : Clément JP, Nassif RF, Léger JM, Marchan F: Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. L'Encéphale 1997;XXIII:91-99.

désespérée ?

Oui Non

Cotation :

Question 1 : oui : 1, non : 0

Question 2 oui : 1, non : 0

Question 3 oui : 0, non : 1

Question 4 oui : 1, non : 0

Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression.

Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression

Échelle de dépression gériatrique à 15 éléments (GDS-15)

Entourez la proposition qui correspond à votre état (en tenant compte des dernières semaines).

Comptez 1 si la réponse est : NON aux questions 1, 5, 7, 11, 13		OUI	NON
OUI aux autres questions			
1	Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Vous ennuyez-vous souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	Avez-vous beaucoup d'énergie ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Score GDS à 15 items

Le score normal est inférieur à 5. • À partir de 5 il y a un risque de dépression. • Un total supérieur à 12 est en faveur d'une dépression sévère.

Dépistage de la dépression

Le questionnaire à deux items fonctionne chez les personnes âgées.

Au cours du dernier mois, avez-vous :

été troublé en vous sentant déprimé ou désespéré?

ressenti peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses?

«Ce qu'un médecin généraliste doit savoir...»

Les recommandations de la haute Autorité de Santé permet de fournir un cadre permettant de prendre en charge les personnes atteintes d'un trouble dépressif

Comment évaluer les capacités mentales

Si quelqu'un vous demande d'évaluer les capacités mentales d'une personne, votre première question devrait être «pourquoi?».

Il y a quatre étapes :

- ☒ La personne peut-elle recevoir les informations requises ?
- ☒ Peut-elle les conserver suffisamment longtemps pour pouvoir prendre une décision ?
- ☒ En supposant qu'elle le peut, est-elle capable de les considérer ?
- ☒ Peut-elle l'exprimer ?

Les cinq principes de la loi (ABCDE) peuvent être résumés comme suit :

- A. Supposons que la capacité est présente - il s'agit de prouver que la personne manque de capacité.
- B. Intérêt supérieur - gardez cela à l'esprit tout le temps.
- C. Choisissez la méthode de traitement la moins restrictive.
- D. Les décisions imprudentes sont autorisées.
- E. Veiller à toutes les mesures prises pour aider un individu à prendre part à un test de capacité, par exemple salle de repos, appareils auditifs fonctionnant.

Services nationaux disponibles

Organisation	Contact Details
Haute Autorité de Santé - HAS	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf
Collège National des Enseignants en Gériatrie : Item 63 C : Dépression du sujet Agé	http://www.mobiquial.org/depression/SOURCES/SHARED-DOCUMENTATION/REFERENCES-OUVRAGES/CNEG_DEPRESSION.pdf

Lectures complémentaires

- ☒ Prise en charge intégrée de la dépression chez les personnes âgées. Édité par Carolyn Chew-Graham, Robert Baldwin et Alistair Burns. Cambridge University Press 2008.
- ☒ Santé mentale chez les personnes âgées en pratique. Par Alistair Burns, Nitin Purandare et Sarah Craig. Royal Society Press Limited 2002.
- ☒ Psychopharmacologie de la vieillesse pratique. Par Stephen Curran et Roger Bullock. Radcliffe Publishing 2005.
- ☒ Médecine gériatrique pour les psychiatres de la vieillesse. Par Alistair Burns, Michael Horan, John Clague et Gillian McLean. Taylor et Francis 2006.
- ☒ Manuel Oxford de psychiatrie du grand âge. Bart