



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 18

Psychiatrie de la personne âgée

Troubles de l'humeur et suicide

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de J.OLIVIER présenté le 18/03/2023.

Troubles de l'humeur et suicide

I. Pourquoi parler de la dépression de la personne âgée ?

En termes d'épidémiologie c'est une pathologie fréquente : 1 à 4 % des Episodes Dépressifs Caractérisés (EDC) surviennent chez les plus de 65 ans.

La prévalence de cette maladie double entre 75 et 85 ans. 15 % sont dans des états dysphoriques (sentiment d'inconfort émotionnel), 15-30 % des plus de 65 ans sont admis en Médecine Général avec des symptômes dépressifs significatifs. Les patients institutionnalisés représentent 20 à 40 % des personnes souffrant de troubles dépressifs et les patients hospitalisés en représente 12 à 45 % (moyenne à 20 %). Dans le parcours thérapeutique, on note que ces patients ont une mauvaise résolution des pathologies somatiques, une augmentation du temps d'hospitalisation et un trouble dans l'observance thérapeutique.

La dépression est une pathologie invalidante ayant des conséquences néfastes :

- Risque suicidaire augmenté
- Aggravation ou stagnation des pathologies somatiques
- Evolution vers un Trouble Neuro-cognitifs Majeur (TNM)

Ce trouble est parfois difficile à dépister :

- Moins de 20 % des Personnes Agées (PA) identifiées dépressives sont traitées par antidépresseurs
- 75 % des PA suicidés ont consulté un médecin dans le mois précédent

Ce trouble a des traitements curatifs.

II. Contexte sociales et sociétales de la vieillesse

L'image que les sociétés font de la vieillesse évolue en fonction des lieux et des époques mais globalement l'âgisme n'est pas une spécificité occidentale moderne. (*Ce n'est pas donc forcément mieux ailleurs*)

Il y a une conception faussée des sociétés dites « traditionnelles » sur cette question de bienveillance des sujets âgés ailleurs dans le monde, exemples :

- Abandons sur la banquise des Inuits
- Rejet lors d'apparition de troubles démentiels
- Exode rural et diminution de l'entraide familiale

Conception faussée liées à l'époque, exemples :

- Des maltraitements au domicile sans soins adaptés
- Aux « hospices » pour vieillards avec 6 à 10 personnes dans la même chambre.

Il y a une double conception de la vieillesse dans la société :

- Idées négatives : maladie, démence, institution, angoisses de mort, dépendance
- Idées positives : sagesse, expérience, liens familiaux

Jusqu'à des extrêmes surprenants !

III. Des défis spécifiques

Le mot retraite signifie « Action de se retirer de la vie active, d'abandonner ses fonctions ». Derrière cette définition, il y a une idée de vie passive, un abandon de fonction en société. Il y a une importance du sentiment d'utilité, d'intégration, de capacité d'agir sur un monde qu'on reconnaît comme sien (=agentivité). Chez les personnes âgées, on entend souvent dire « Je ne sers plus à rien ». L'enjeu est donc de se demander comment on peut transformer du temps vide en temps libre.

Les personnes âgées sont confrontées à un ensemble de deuils, veuvage, décès répétés :

- Surmortalité masculine et différence d'âge -> prédominance du veuvage féminin : 1/2 femme seule à 70 ans, 1/2 homme sur à 85 ans

- Deuils difficiles, nombreuses années de vie commune, expérience partagée, complémentarité dans le fonctionnement, perte « identitaire ». Et pourtant deuils souvent « interdits » : « Il/elle a bien vécu », « vous avez eu de la chance »
- Difficulté à « refaire sa vie », acceptation sociale des nouvelles relations au grand âge, « trahison » familiale
- Deuils « impossibles » des enfants
- Deuils répétés -> isolement et confrontation à la mortalité

Chez la personne âgée, il y a un isolement social, familial, lieu de vie et ruralité, accès aux soins diminué, moyens de transports limités, éloignement des services...

Un autre défi spécifique est le risque de maltraitances :

- Familiales : épuisement de l'aidant, manque d'informations, de soutien)
- Institutionnelles : manques de moyens, de formation...)
- Sociétales : conceptions vieillesse à revoir, discriminations liées à l'âge et notion d'âgisme

Les « Crises » du vieillissement sont progressives ou aiguës. Il y a différents points de vue :

- Corporelles : Les pathologies somatiques apparaissent (accumulation) et s'accompagne ainsi la notion de dépendance, la modification de l'image du corps, sexualité qui change (ménopause, impuissance), le vieillissement qui devient visible (conceptions autour de la beauté et de l'âge, corps érotique) et perçu (faiblesse, fatigue, digestion, troubles sensoriels...)
- Socio-familiales (retraite, statuts et rôles intrafamiliaux, inversion des rôles, fusion/rejet, conduite automobile, AAD, MADD, institutionnalisation...)
- Psychique : « Le vieillissement est un processus psychique qui ne se termine qu'avec la mort ». Question identitaire, processus de transformation (ce que l'on était, ce que l'on est, ce que l'on devient). 2 fonctions : Figures identitaires du vieillissement et exigences de l'Idéal de soi associé à un appauvrissement narcissique.
- La question de la mortalité : Elle est souvent ignorée durant l'âge adulte, puis elle devient plus prégnante : image de la vieillesse comme d'une « proximité avec la mort ».
 - o Le positionnement de Freud est double :
 - Pour lui la mort donne du goût, de la valeur au présent, encourage à profiter. Kierkegaard disait : « *la mort envisagée dans le sérieux est une source d'énergie comme nulle autre ; elle rend vigilant comme rien d'autre.* ».
 - Mais elle ruine aussi la vie car tout finira par mourir : « à quoi bon ? ».
 - o Cela donne des questionnements existentiels voir existentialistes ! Question du bilan : Sartre « *l'homme n'est rien d'autre que son projet, il n'existe que dans la mesure où il se réalise, il n'est donc rien d'autre que l'ensemble de ses actes, rien d'autre que sa vie.* »

IV. Facteurs prédisposants et précipitants

Les facteurs prédisposants sont :

- Les antécédents de dépression
- L'âge est aussi un facteur prédisposant : pathologies somatiques associées, troubles cognitifs, isolement, pertes des repères socio-affectifs, deuils répétés...
- Le sexe féminin (plus d'espérance de vie)
- Troubles somatiques : AVC (50%), maladie de Parkinson, TNCM vasculaires et facteurs vasculaires (tabac, HTA, diabète...), tb endocrinologiques, déficits sensoriels...
- Traitements : Béta bloquants non sélectifs, anti hypertenseurs centraux, corticoïdes, neuroleptiques, antiépileptiques (Keppra)...
- Cluster C (personnalité de type C) : Certains types de personnalité prédisposent à un épisode dépressif.
- Les personnes âgées étant dans un rôle d'aidant principal concerne 25% des dépressifs (par épuisement)
- ...

Les facteurs précipitants sont :

- Il y a 50 % des événements de vie sévère dans l'année qui précède la dépression :
 - o Deuils, conjoint, proches, deuils répétés

- Apparition brutale d'une maladie ou d'un handicap
- Perte d'autonomie : Troubles cognitifs, Déficits sensoriels, Perte autonomie fonctionnelle
- Consommation d'alcool (trouble de l'usage le plus fréquent chez la PA)

V. Facteurs protecteurs

Les facteurs protecteurs :

- Traits de personnalité « résiliente »
- Entourage présent et soutenant
- Culture : place laissée au sujet, qui n'est plus simplement « à la retraite », soit mis en retrait, rôle dans la communauté, sagesse, religion

VI. Diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM V

Le trouble doit être persistant depuis au moins 2 semaines

Il existe 2 signes majeurs :

- Une humeur dépressive (=tristesse)
- Et/ou une perte d'intérêt ou de plaisir : anhédonie

Accompagnée par au moins 4 autres symptômes : (Aboulie, asthénie, sentiment d'incurabilité (Rechercher le risque suicidaire), altération des fonctions instinctuelles avec troubles de l'appétit (baisse ou augmentation), troubles du sommeil (insomnies, sommeil refuge), ...)

Le trouble entraîne une souffrance et un dysfonctionnement social et représente un changement par rapport au fonctionnement antérieur.

VII. Tableaux cliniques

Il existe des formes typiques et identique à celle de l'adulte. La forme de ces tableaux est mélancolique mais le plus souvent atypique et difficile à identifier :

a. La dépression masquée

Il existe différents masques :

- Masque somatique/masque hypochondriaque : Dépression à expression algique avec des plaintes somatiques au premier plan à type gastro-intestinaux (syndrome de la bouche en feu), Altération de l'Etat Général (AEG), ostéo-articulaires/msuculaires, cardiovasculaires (souffle court persistant sans explication organique prédictif EDC à 3 ans). Les souffrances psychiques sont peu ou pas exprimées par le patient. Il faut éliminer trouble somatique dans un premier temps (s'il y en a un). Le masque somatique est proche du masque hypochondriaque (forme délirante possible, Cotard)
- Masque délirant : Idées de préjudice, de persécution, de jalousie, sentiment d'effraction du domicile, vol ou déplacement d'objets... Potentiellement avec hallucination, sans antécédent délirant, désorganisation ou automatisme mental. Doit toujours faire poser la question du TNCM et de la dépression sévère.
- Masque hostile : peut être confondue avec un trouble du caractère. Il y a une modification de comportement avec une agressivité : Irritabilité, susceptibilité, opposition, hostilité envers l'entourage, méfiance, agitation montrant une rupture avec la personnalité antérieure, ou acutisation de celle-ci. Il y a une agitation hostile souvent dirigée contre l'entourage direct du patient relevant d'un mécanisme de défense ou d'auto-agressivité ou voire même d'auto-dévalorisation
- Masque anxieux : trouble mixte anxieux et dépressif. On retrouve souvent fréquemment un événement déclencheur dans les semaines antérieurs avec un accès itératifs d'angoisses inexpliqués : Inquiétude permanente, souci, appréhension allant jusqu'à une intolérance à l'incertitude. Les sujets sont multiples et il y a une association fréquente avec Trouble Anxieux Généralisé (TAG). La dépendance est augmentée par rapport à l'entourage.
- Forme confusionnelle : Dans le cas de paroxysme anxieux la personne présentera des symptômes d'allure confusionnelle avec une désorientation, désorganisation du discours, des troubles marquées de l'attention. Il y a en revanche moins de troubles de la vigilance ou de l'état de conscience, moins d'onirisme (état sub-délirant entre le rêve et la réalité) que le syndrome confusionnel pur.

- Masque démentiel : C'est une dépression pseudo-démontielle « je perds la tête ». La dépression elle-même peut entraîner des troubles cognitifs, parfois très bruyants. Pour faire la différence entre un TNCM et une dépression, on utilise l'anamnèse : la dépression arrive avant les troubles cognitifs et il y a une sévérité et une brutalité de l'apparition des symptômes, du handicap avec une dramatisation et des réponses stéréotypés (« je sais pas »). Troubles cognitifs les plus fréquents dans la dépression sont les troubles attentionnels à l'origine de troubles du rappel sans déficit de l'encodage. Les tableaux sont trompeurs et peuvent être confondus avec une pathologie neurodégénérative débutante. Le traitement se fait par antidépresseur fait régresser voire disparaître les symptômes cognitifs.
- Masque conatif (=apathique) : Dans l'aboulie il n'y a plus de motivation et une souffrance en lien avec cette perte. Dans l'apathie il y a une perte de motivation sans souffrance et sans ennui avec. Le symptôme principal de l'apathie est la baisse de motivation. Elle gagne en fréquence avec l'avancée en âge (>85 ans). Il y a un sentiment d'inutilité, de désengagement affectif et relationnel : syndrome de désinvestissement avec négligences, repli sur soi, régression et dépendance, manque d'amorçage de l'action et passivité. Ce symptôme est fréquent en institution et réponds souvent mal aux traitements.

b. La dépression mélancolique (=sévère)

La dépression mélancolique (=sévère), aussi appelé EDC sévère, correspond à une perte de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités. Il y a une absence de réactivité aux stimuli habituellement agréables, une dépression plus marquée le matin, une agitation ou un ralentissement psychomoteur marqué (jusqu'à la prostration ou le mutisme), un réveil matinal précoce, une anorexie ou une perte de poids significatives, une culpabilité excessive et inapproprié. C'est une urgence thérapeutique et cette dépression est plus « biologique » ou « endogène » que les autres types de dépression.

c. La mélancolie délirante

La mélancolie délirante est un épisode dépressif majeur d'intensité sévère avec une symptomatologie psychotique, un risque de suicide élevé, des idées délirantes congruentes à l'humeur : ruine (sentiment de pauvreté), culpabilité, inutilité, indignité, incurabilité, et possiblement un syndrome de Cotard (délire de négation d'organe avec sentiment d'absence/moisissure d'un organe). C'est une urgence thérapeutique nécessitant une hospitalisation et un traitement intensif.

d. Les masques inversés

On parle de masques inversés pour évoquer l'idée que dans la dépression, il peut y avoir des troubles cognitifs sous-jacents. Il faut systématiquement l'évaluer car le diagnostic différentiel est parfois difficile entre la dépression et le TNCM. Il y a souvent une intrication des deux. Il faut être attentif aux troubles cognitifs présentés par le patient, prévoir imagerie cérébrale (surtout si première dépression) et un bilan cognitif à distance.

e. Dépression secondaire « *Ne vous mettez pas Martel en tête par rapport à ça* »

La dépression peut aussi potentiellement venir d'une atteinte vasculaire. Une hypothèse pour expliquer la dépression consiste à dire que celle-ci provient d'une atteinte des systèmes préfrontaux, avec une accumulation de micro-lésion. L'hypotension orthostatique et hypoperfusion chronique pourraient aussi être à l'origine de dépression. Cette dépression dite vasculaire prend alors la forme de ralentissement psychomoteur marqué, d'une apathie, une anosognosie, des troubles des fonctions exécutives. Une imagerie cérébrale nécessaire et il faudrait selon ces hypothèses dépister et traiter les facteurs de risque Cardio-Vasculaires.

VIII. Dépression : prodrome ou facteur de risque de démence ?

Il faut savoir différencier 3 situations :

- Dépression à début précoce (< 65 ans) :
 - o Facteur déclencheur plus facilement identifiable
 - o Plutôt en lien avec des facteurs psychosociaux
 - o Effet cumulatif et neurotoxique des EDC répétés -> TNCM
- Dépression à début tardif (> 65 ans) :
 - o Lésions vasculaires
 - o Réduction du lobe frontal droit
 - o Plutôt en lien avec facteurs neurobiologiques
 - o Risque d'évolution potentielle vers un TNCM

- Dépression survenant dans le cadre d'une pathologie neurodégénérative connue :
 - o Maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, maladie de Parkinson.

IX. Les complications de la dépression

Les complications sont en lien avec :

- Dénutrition
- Alitement
- Mauvaise observance des traitements
- Suicide ...

L'aggravation somatique peut être rapide chez la personne âgée (++) en cas de mélancolie), jusqu'au décès. De plus, en cas de dépression il y a :

- Diminution des capacités de récupération physique et psycho-sociale en cas de pathologie somatique intercurrente
- Augmentation des durées d'hospitalisations
- Augmentation du nombre de prescriptions médicamenteuses

X. Prise en charge de la dépression de la personne âgée

Tout épisode dépressif caractérisé diagnostiqué doit être traité. Si l'EDC est d'intensité légère : mesures environnementales (entourage +++), psychothérapie, relaxation... Si l'EDC d'intensité modérée ou sévère : traitement antidépresseur + psychothérapie et prise en charge environnementale dans la mesure du possible.

Il est décidé d'une hospitalisation si :

- Intensité sévère (mélancolie, mélancolie délirante...)
- Risque suicidaire
- Résistance au traitement
- Fragilité et complications somatiques (perte de poids importante...)

Pour les traitements antidépresseurs, les principes de base chez la personne âgée sont :

- La règle : « start low, go slow » : introduire à petites doses et augmenter progressivement
- Mais ne pas hésiter à arriver à de bonnes posologies pour être efficace

Electro-convulsivo-thérapie (ECT) = « sismothérapies », « narcose »... :

Indications :

- Résistance au traitement
- Mélancolie simple ou délirante
- Urgence

Réalisation :

- Sous anesthésie générale
- En salle de réveil, en présence d'un anesthésiste et d'un psychiatre
- Patient scopé et perfusé
- Impulsion électrique bi-temporale ou uni-temporale
- Objectif : obtention d'une crise convulsive > 25 – 30 secondes
- Le plus souvent : nécessité de 8 à 15 séances pour obtenir la rémission, au rythme de 2 ou 3/semaine

XI. Pronostic

Le pronostic de la dépression change avec l'âge. Les facteurs connus de mauvais pronostic augmentent avec l'âge :

- Les comorbidités somatiques
- Les troubles cognitifs
- L'isolement

Sur 3 ans :

- 22 % récidivent
- 29 % aucune rémission
- 35 % rémission complète
- 14 % décédés

Pour comprendre ces chiffres, il faut se poser la question de la survenue de la dépression (troubles chroniques : troubles de la personnalité, troubles neuro-développementaux, troubles neurospécifiques...)

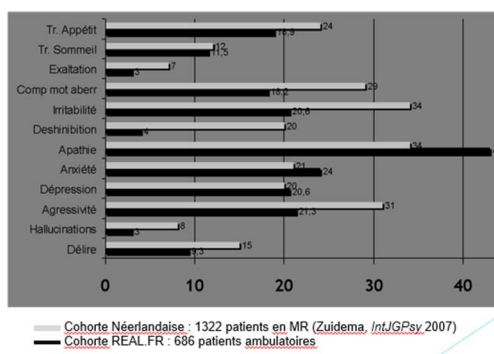
Il y a potentiellement des risques d'évolution vers des TNCM (discuté).

XI. Dépression chez les patients avec un TNCM - Diapo 33 passée.

a. Epidémiologie

La prévalence des symptômes dépressifs dans la DTA est de 40% avec des formes cliniquement significatives de 20%. Les formes persistantes sont de 30 à 85%.

Les symptômes dépressifs dans la DTA :



b. Diagnostic

Le diagnostic de la dépression peut se faire avec une échelle NPI (mais subjectivité de l'aidant), une échelle de Cornell ou la dementia Mood Assessment Scale.

c. Efficacité des antidépresseurs ?

Pour une symptomatologie dépressive modérée, les antidépresseurs ne sont pas plus efficaces que les placebos, mais il y a plus d'effets indésirables (Banerjee, the Lancet, 2011)

Pour les formes sévères (anxieuses, mélancoliformes), les traitements antidépresseurs restent indispensables... (Voir ECT...)

Les antidépresseurs sont considérés comme des « stabilisateurs émotionnels » dans cette population.

d. Prise en charge de la dépression dans la DTA

Il faut privilégier les approches non pharmacologiques :

- Musicothérapie
- Aromathérapie
- Activités physiques
- Luminothérapie
- Relaxation, Sophrologie
- Antidépresseurs pour les formes sévères
- Eviter au maximum les neuroleptiques

e. Dépression dans les autres maladies neurologiques Diapo passée rapidement (pas d'évocation des chiffres)

Pour la maladie de Parkinson la prévalence de la dépression est de 40 à 50%

Pour les AVC ischémiques :

- En aigu, la sévérité des troubles est cliniquement significative dans la moitié des cas. La prévalence des troubles de l'humeur varie selon le contexte d'évaluation et la date de l'AVC

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES						
Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retenissement
Mécs délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Dépression/Duoponie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Deshinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Comportement moteur absent	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Score total 10					<input type="checkbox"/>	
Changement score (positif/négatif)						
Suicidés	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Score total 12					<input type="checkbox"/>	

- De 30 à 50 % dans le premier mois, 25% à 3 mois et 20% un an après l'AVC.
- Après trois ans d'évolution, 10 à 15% des patients présentent encore des symptômes dépressifs

Patients épileptiques : prévalence 21 et 33% chez les sujets avec crises persistantes et entre 4 et 6% chez les sujets sans crises

La clinique des épisodes thymiques est modifiée, parfois décrite comme atypique, et le plus souvent il s'agit de signes sub-syndromiques faisant parler de « dysthymic-like » state

XII. Troubles bipolaires et sujets âgés

a. Généralités et critères diagnostics

Critères du trouble bipolaire de type 1

- Les critères d'au moins un épisode de manie doivent être rencontrés.
- La survenue d'épisode(s) de manie et de dépression majeure n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.

Critères du trouble bipolaire de type 2

- Les critères d'au moins un épisode d'hypomanie ET d'au moins un épisode de dépression majeure, actuels ou passés, sont rencontrés.
- Il n'y a jamais eu d'épisode de manie.
- La survenue des épisode(s) d'hypomanie et de dépression majeure n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.
- Les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causée par la fréquente alternance entre périodes de dépression et d'hypomanie provoquent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux ou professionnels ou d'autres domaines importants.

Critères DSM V de la manie :

- Une période nettement délimitée d'au moins 1 semaine (ou n'importe quelle durée si une hospitalisation est nécessaire) d'humeur anormalement élevée, expansive ou irritable et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie dirigée vers un but, de façon persistante, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.
- Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents à un niveau significatif et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
 - o Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.
 - o Besoin réduit de sommeil (p. ex., se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
 - o Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.
 - o Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.
 - o Distractibilité rapportée ou observée (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
 - o Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).
 - o Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex., s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables)
- La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation (afin d'éviter de se nuire à soi-même ou aux autres), ou il y a présence de caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations et trouble de la pensée formelle).
- L'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale.

Critères DSM V hypomanie :

- 1 semaine d'humeur anormalement élevé (cf manie)

- Perturbation de l'humeur (cf manie)
- L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffèrent de celui de la personne hors période symptomatique.
- La perturbation de l'humeur et le changement dans le fonctionnement sont manifestes pour les autres.
- La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation.
- L'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue prêtant à abus, médicament, ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale

b. Epidémiologie

La limite du trouble bipolaire du sujet âgé est fixée à 60 ans. Il y a jusqu'à 25 % des patients qui souffrent de bipolarité et la prévalence est plus élevée en maisons de retraite. Il y a une diminution de la prévalence avec l'avancée en âge posant la question des décès prématurés : Suicide ou comorbidités somatiques. Mais cette diminution pose aussi la question de l'épuisement de la maladie avec le temps, ainsi que des critères non adaptés à l'âge. Il y a beaucoup de mauvais diagnostic, non psychiatrique et des erreurs de diagnostic.

Les troubles sont dits à début tardif au-delà de 50 ans : 8-9 % de premiers contacts avec la psychiatrie se font après 60 ans (donc minoritaire).

Il y a des cycles rapides (> 4 cycles par an) comme chez le sujet jeune : 20 %. Chez le sujet âgé, cela touche 2 femmes pour 1 homme. La durée de vie est diminuée de 10 ans en moyenne.

c. Les différents tableaux

- Unipolaires dépressifs se révélant bipolaire tardivement (7 à 30 %) : Ils se révèlent tardivement et on peut avoir une latence de 10 à 17 ans entre premier EDC et premier épisode maniaque. Dans 50% cas il y a plus de 3 EDC avant le premier épisode maniaque.
- Bipolaires vieillissants (13 à 60%)
- Bipolaires Tardifs (20 à 26 %) : Rechercher nécessairement une cause organique. Neurologiques : 71 % des cas (lésions ischémiques, néoplasiques, traumatiques). Mais aussi néoplasiques, traumatiques...

d. Particularités cliniques

Il peut y avoir parfois des manies classiques ou encore des formes plus atypiques avec de l'irritabilité, de l'hostilité voire de l'euphorie.

Il y aurait une tendance à moins de symptômes psychotiques, plus virages dépressifs post-manie. Il y aurait également plus souvent des épisodes mixtes (association entre accélération psychomotrice de la manie et affects dépressifs), plus de troubles du comportement et de troubles cognitifs concomitants et plus sensibles aux facteurs de stress : perte repères sociaux, isolement, deuils, troubles somatiques...

e. Pronostic

L'espérance de vie est diminuée de 10 à 20 ans : suicide, accidents, maladies cérébrovasculaires et cardiovasculaires, infections pulmonaires et troubles digestifs.

Fonctionnement altéré : Gestion des finances, activités sociales, transport etc... , reflet certain d'un déclin cognitif sous-jacent ?

Les pathologies comorbides sont fréquentes : Trouble de l'usage des substances, Troubles Neuro-Cognitifs (TNC), arthrite, maladies vasculaires, diabète, HTA, syndrome métabolique.

f. Troubles neurocognitifs et troubles bipolaires

On peut se poser la question de savoir si le vieillissement des patients avec un trouble bipolaire est en lien avec l'apparition de troubles neuro-cognitifs. Ce questionnement est discuté mais il n'en reste pas moins que les déficits cognitifs sont fréquents chez cette population : chez 40 à 50 %. Une deuxième question porte sur l'existence d'une évolution démentielle propre au trouble bipolaire en raison de :

- Neurotoxicité des épisodes thymiques
- Formes à début précoce +++
- Dysfonctionnement frontal, déficits visuo-spatiaux

Variante comportementale d'une DLFT (DLFT-bv) : Perte des convenances sociales, désinhibition, familiarité *Ne vous embêtez pas avec le variante comportemental*

g. Traitement

Le traitement de première intention est le thymorégulateur :

- Le THERALITE Lithium® est le traitement de référence. Il associe une surveillance thyroïdienne et rénale et possède un effet antisuicide. Il existe également les anticonvulsivants : VALPROATE DE SODIUM Depakine® et LAMOTRIGINE Lamictal®
- Antipsychotiques de seconde génération

On peut également associer l'électro-convulsivothérapie pour des phases aiguës résistantes au traitement psychopharmacologique. Il s'agit d'urgences vitales.

XIII. Le suicide chez le sujet âgé *Partie particulièrement importante car particulièrement à risque chez le sujet âgé*

a. Epidémiologie

La prévalence des idées suicidaires en France est de 10 % : 30% des suicidés ont plus de 65 ans ; jusqu'à 9 % des décès sont inexplicables et pourraient être dû à des suicides.

Ratio tentative de suicide/suicide :

Il y a plus d'hommes que de femmes. Les méthodes sont plus violentes (pendaison, armes à feu, defenestration...) : la pendaison est plus fréquente chez l'homme, l'Intoxication Médicamenteuse Volontaire (IMV) est plus fréquente chez la femme. Les sujets âgés sont moins impulsifs, planifient plus, préviennent moins, et réussissent plus.

Ratio tentative de suicide/suicide :

- Jeunes : 36 pour 1
- Population générale : 8 pour 1
- Personnes Âgées : 4 pour 1

Mais :

- De 45 à 70% de patients suicidés avaient vu un médecin le mois précédant l'acte
 - o Seul 25 % avaient un traitement anti-dépresseur au moment du décès
 - o Pourquoi ? Modalité d'expression différentes, identification des troubles difficile
- 40 à 48 % ont exprimé idées de suicide dans l'année qui précède

b. Evaluation du risque suicidaire

L'évaluation du risque suicidaire peut se faire grâce au RUD → Risque – Urgence – Dangerosité

1) Le risque

Risque : facteurs de risque

- Idées et conduites suicidaires (+ histoire familiale)
- Troubles mentaux :
 - o Troubles dépressifs
 - o Autres troubles : Troubles de l'usage (OH et effet désinhibiteur), troubles psychotiques, troubles Anxieux, troubles cognitifs, troubles du contrôle, impulsivité...
- Troubles de personnalité et manque de flexibilité mentale
- Maladies physiques, limitations fonctionnelles, douleurs : 3x plus de risques si 3 pathologies somatiques, 9 fois plus si 7, notamment pour les maladies neurologiques (SEP, post-AVC), cancers, troubles sensoriels...

- Facteurs psycho-sociaux : Evènements de vie stressant : deuil(s), veuvage, retraite, conflits familiaux, problèmes financiers, maltraitance, institutionnalisation et changement de lieux de vie etc...

Risque : facteurs protecteurs

- Enfants
- Bon étayage
- Tempérament optimiste
- Passions et persistance d'activités valorisantes
- Religion
- Différence entre éprouvé de désespoir et désir actif de mort

2) L'urgence

Urgence :

- Scénario envisagé ?
- Planification ? Intentionnalité : Planification minutieuse dans 20 à 60 % des cas (« j'ai le fusil qui est là, je sais comment faire », « j'ai une boîte de mort aux rats où je cache mes médicaments » ...)

3) La dangerosité

Dangerosité :

- Léthalité du moyen
- Accessibilité

Il faut rechercher les comportements suicidaires indirects : Geste auto-agressifs « mineurs » et le syndrome de désinvestissement (refus des TTT importants, mise à distance des relations, clinophilie). Un sujet atteint de syndrome de désinvestissement n'exprime pas nécessairement d'IDÉE Suicidaires (IDS), il est souvent âgé (> 85 ans), il refuse les traitements, mit à distance ses relations et ses activités, délègue son rôle familial, mange moins, présente une clinique clinophile.... Le syndrome de glissement est urgence absolue.

Il peut également y avoir des pactes suicidaires → attention au suicide altruiste (et rôle de l'aidant... Exemple de la maman de 90 ans passés et de sa fille avec une déficience intellectuelle). Les violences conjugales peuvent aussi causer au pacte suicidaire.

c. On fait quoi ?

Prévention primaire : cibler les facteurs de risque

- Connaissances et repérage des facteurs et situations à risque -> formation
- Améliorer les soins : traitement des pathologies somatiques
- Traitement adapté des troubles psychiatriques
- Hotlines : 3114, bientôt Vigi-Old

Prévention secondaire : prise en charge des suicidants

- Gestion de la crise suicidaire et d'ailleurs : risque à demander ?
- RUD
- Limiter accès au moyen

Prévention tertiaire :

- Limiter récurrence
- Femmes et TNCM
- Psychosocial, psychiatrique, somatique... Ecoute des proches
- Attention à l'effet Werther dans les médias : banalisation, romanesque, légitimation par le grand âge, la maladie

Box 1 Suicide warning signs and precursors in the elderly
Neglect of personal care
Intentional self-starvation
Finalizing a will
Distribution of personal belongings
Giving up positions of responsibility
Purchase of a gun
Data from Refs. 16-18

