



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 16

Psychiatrie générale de l'adulte

Vieillessement en psychiatrie

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 R.ABIDINE présenté le 22/04/2024.

Vieillesse en psychiatrie

Les éléments soulignés sur les diapos sont les éléments susceptibles de tomber pour le partiel

I. Spécificités cliniques, physiopathologiques et organisation des soins en psychiatrie du sujet âgé

La psychiatrie de la personne âgée (ou gérontopsychiatrie) est une sur-spécialisation relativement récente de la psychiatrie dont la définition proposée par l'OMS en 1996 indique qu'elle « est une branche de la psychiatrie qui a pour objectifs généraux de dépister, traiter, évaluer, prévenir tous les types de troubles psychiatriques du sujet âgé et leurs conséquences ».

La psychiatrie du sujet âgé s'intéresse :

- Aux symptômes psycho-comportementaux des démences (SPCD) (troubles neurocognitifs majeurs)
- A l'ensemble des troubles psychiatriques de la personne âgée (dont l'âge seuil a été fixé à 65 ans)

On peut distinguer deux grands types de troubles psychiatriques chez le sujet âgé :

- Les troubles psychiatriques apparus à un âge plus jeune et qui évoluent avec le vieillissement (p. ex. : la schizophrénie ou le trouble bipolaire)
- Les troubles psychiatriques qui se déclarent tardivement, à un âge avancé (p. ex. : les formes tardives de schizophrénie ou d'épisode dépressif caractérisé).

Les caractéristiques du vieillissement doivent être prises en compte pour la pratique de la psychiatrie du sujet âgé. Le vieillissement expose aux événements de vie de type perte, deuil, à la fragilisation tant psychologique que corporelle, à la perte d'autonomie et aux éventuelles difficultés financières.

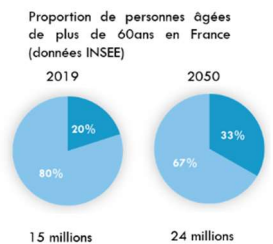
La forte comorbidité entre troubles psychiatriques et pathologies non psychiatriques chez le sujet âgé modifie significativement la sémiologie et la prise en charge des troubles psychiatriques. Le risque iatrogène doit toujours être considéré chez le sujet âgé. Ainsi, l'utilisation des psychotropes dans cette population est un véritable enjeu à la fois individuel et de santé publique.

II. Vieillesse

a. Vieillesse de la population

La population mondiale vieillit rapidement. De 2015 à 2050, la proportion de personnes de plus de 60 ans va pratiquement doubler, passant de 12% à 22%.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, plus de 20% des adultes de 60 ans et plus souffrent d'un trouble de santé mentale ou neurologique.



La personne âgée est une population à risque de dépendance.

Il y a un impact financier majeur :

- Coût de la dépendance en France : 25 Milliard d'Euros
- La prévention peut permettre d'économiser 10 milliards d'Euros (Assemblée des départements de France (ADF), mai 2011)

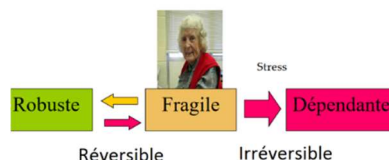
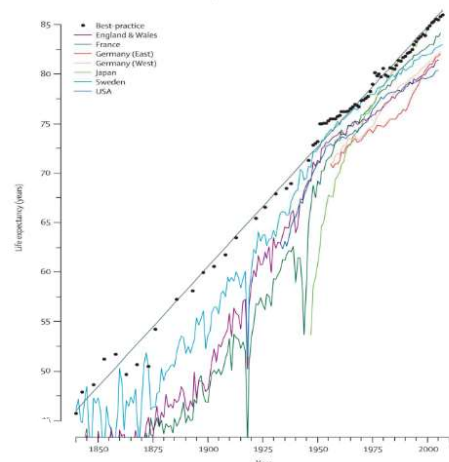
b. Profils personne âgées, une population très hétérogène

Il y a 3 types de personne âgée :

- Robuste
- Fragile
- Dépendante

Il n'est pas possible de passer du stade de dépendance au stade de fragilité.

Vieillesse de la populations: le nouveau déficit Évolution de l'espérance de vie de 1840 to 2007



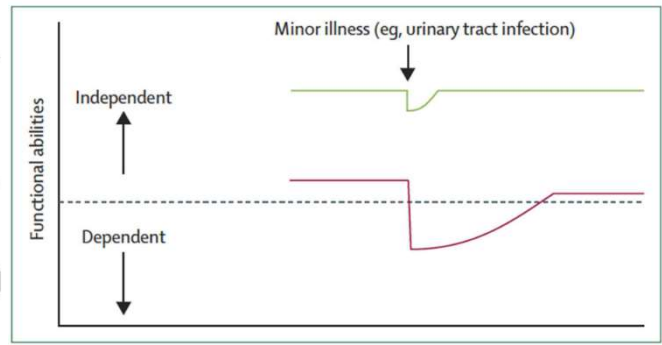
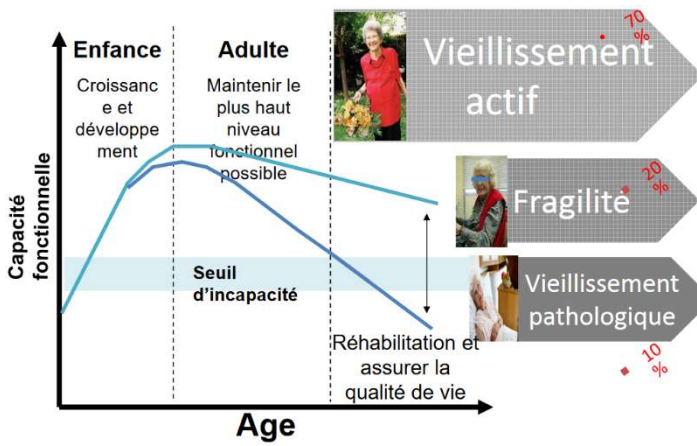
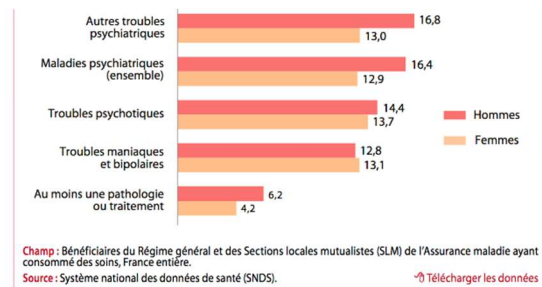
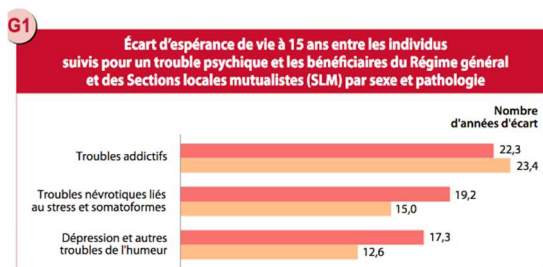


Figure 1: Vulnerability of frail elderly people to a sudden change in health status after a minor illness

III. Épidémiologie : les facteurs de risque, prévention, dépistage des troubles psychiques

a. Réduction de l'espérance de vie (à connaître)

Les troubles psychiatriques représentent une cause majeure de handicap et sont associés à une mortalité élevée. Les troubles psychiatriques et addictifs réduisent l'espérance de vie (en moyenne de 16 ans chez les hommes et de 13 ans chez les femmes). Ainsi, l'espérance de vie d'un patient souffrant de trouble psychiatrique sévère est de 20 % inférieure à celle constatée en population générale.



b. Facteurs de risque de mortalité

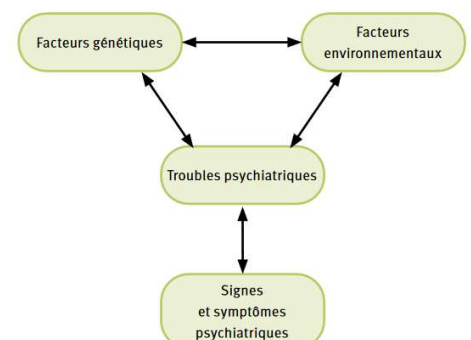
La première cause de surmortalité est le suicide.

D'autres facteurs sont à prendre en compte : un retard au diagnostic et au traitement, les comorbidités addictives les accidents plus fréquents et les comorbidités médicales non psychiatriques, en particulier les maladies cardiovasculaires et respiratoires dont le taux de comorbidité est compris entre 30 et 60 %.

Certains facteurs sont non modifiables (sexe, appartenance à une minorité, antécédents personnels et familiaux), d'autres peuvent faire l'objet de politiques de prévention et de soins : les troubles liés la consommation d'alcool, de tabac (taux de tabagisme multiplié par 1,5 à 3 chez les patients souffrant de schizophrénie) et d'autres substances psychoactives, l'HTA (hypertension artérielle), les dyslipidémies, le syndrome métabolique (plus fréquent dans les troubles psychiatriques, même sans traitement, mais aussi secondaire au traitement psychotrope), l'obésité, la sédentarité, le diabète et les problèmes dentaires. Ainsi, on note une prévalence de 28 % à 60 % du syndrome métabolique en cas de troubles schizophréniques et de 30 % en cas de troubles bipolaires.

c. Facteurs de risque des troubles psychiatriques

Un facteur environnemental est défini comme toute caractéristique « environnant » le gène (donc non génétique) depuis les facteurs biologiques cellulaires, jusqu'à l'environnement social. Un facteur génétique est défini comme une caractéristique concernant le matériel ADN et peut être héritable. Les facteurs génétiques et environnementaux peuvent interagir. Un facteur de risque (génétique et/ou environnemental) augmente la probabilité de développer une maladie.



Cela signifie que la survenue du trouble est loin d'être inéluctable chez les personnes exposées à un facteur de risque donné, et que le trouble peut également survenir en son absence. Il existe également des facteurs protecteurs génétiques et/ou environnementaux (facteurs de prévention) qui diminuent la probabilité de survenue d'une maladie.

La vulnérabilité vis-à-vis d'un trouble est une caractéristique individuelle, liée au fait que la personne dite « vulnérable » présente ou a été exposée à un ou plusieurs facteurs de risque génétiques et/ou environnementaux.

Le fait d'être vulnérable pour une ou plusieurs maladies est très fréquent dans la population générale, ce qui signifie que la vulnérabilité ne s'exprime sous forme de maladie que pour une fraction des personnes vulnérables.

Il existe des périodes critiques au cours du développement, comme la période périnatale, l'adolescence et l'âge senior: si l'exposition à des facteurs de risque survient à ces périodes critiques, cela augmente le risque que la vulnérabilité s'exprime, alors que l'impact est moindre à d'autres périodes de la vie.

Les concepts de vulnérabilité, de risque et de prévention présentent trois intérêts :

- L'identification des sujets « vulnérables »
- La compréhension des mécanismes étiopathogéniques de vulnérabilité, et de développement de maladie lors de l'exposition à des facteurs de risque
- La possibilité de proposer des mesures préventives (voire curatives) pour les sujets vulnérables dans certaines situations « à risque ».

d. Facteur de risque chez la personne âgée (à connaître)

Toute diminution des capacités perceptuelles ou cognitives qui diminuerait les capacités d'ajustement (ou coping) à un facteur de stress.

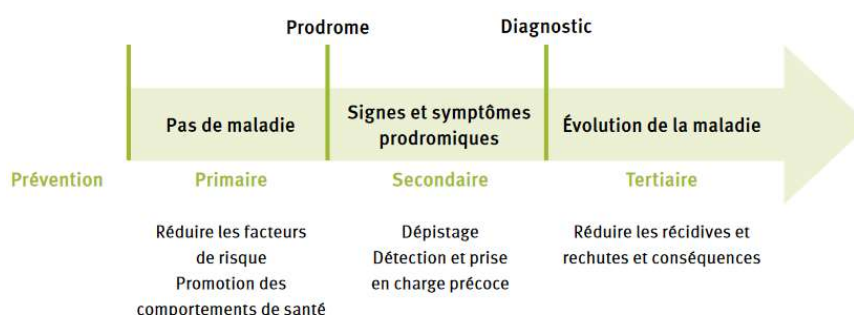
Toute situation d'isolement social et familial (deuil, veuvage).

Les événements de vie stressants (ex. : maltraitance, négligence, douleur mal prise en charge, changement de lieu de vie, notamment l'entrée en institution).

Les pathologies non psychiatriques.

L'âge n'est pas un facteur de risque.

e. Prévention et dépistage des troubles psychiatriques (à connaître)



1) Prévention primaire (à l'échelle de la population)

La prévention primaire est l'ensemble des actes visant à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas (incidence) d'une maladie dans une population.

Les actions de prévention primaire sont vastes, souvent intégrées dans des politiques de santé publique, et consistent à diminuer l'exposition à des facteurs de risque et à promouvoir les comportements de santé afin d'éviter la survenue d'un premier épisode de maladie.

Elles visent à améliorer la qualité et les conditions de vie (p. ex. : amélioration des conditions de travail des populations, lutte contre l'isolement social, le chômage, la précarité, les inégalités, l'échec scolaire, apprentissage de stratégies de gestion du stress, prévenir les consommations de substances psychoactives etc.), ainsi que les comportements de santé des individus.

Exemples :

- Identification des situations à risque de maltraitance d'isolement de précarité
- Favoriser le maintien d'une vie sociale (structures d'accueil de jour)

2) Prévention secondaire (à l'échelle de l'individu)

La prévention secondaire a pour objectif de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population.

Les actions de prévention secondaire consistent principalement à agir au tout début de l'apparition du trouble afin d'en éviter la récurrence.

Cette prévention inclut tous les actes de dépistage, de diagnostic et de prise en charge précoces. Les modalités de dépistage et de prise en charge précoce dépendent des différents âges de la vie

Exemples :

- Dépistage des troubles cognitifs débutants.
- Dépistage des troubles perceptuels (acuité visuelle, hypoacousie).
- Dépistage des troubles psychiatriques débutants, en particulier les épisodes dépressifs caractérisés.

3) Prévention tertiaire

La prévention tertiaire a pour objectif de diminuer les conséquences liées au trouble :

- La morbidité (récidives et rechutes)
- La mortalité (décès)
- Le handicap (déficiences, limitations d'activités, restrictions de participation).

Elle vise principalement à diminuer les récurrences, les rechutes et les hospitalisations ainsi que les principales complications de l'ensemble des troubles psychiatriques (l'épisode dépressif caractérisé, les troubles liés à l'usage de substances, les répercussions socio-professionnelles et le suicide) via une meilleure optimisation thérapeutique :

- Traitements pharmacologiques (médicamenteux)
- Traitements non pharmacologiques : ECT, rTMS, psychothérapie, éducation thérapeutique
- Réduire les limitations d'activités et restrictions de participations à l'aide de mesures de remédiation cognitive et de rééducation (orthophonie, psychomotricité, etc.), ainsi que des mesures de réadaptation psychosociale.
- Promouvoir les droits et les soins pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques

IV. Trouble bipolaire

a. Épidémiologie (à connaître)

La prévalence des troubles bipolaires est d'environ 1 % chez les sujets de plus de 60 ans.

Environ 25 % des patients atteints de trouble bipolaire aux États-Unis en 2005 étaient âgés de plus de 60 ans, et d'ici 2030, plus de 50 % des patients atteints de ce trouble devraient avoir plus de 60 ans.

Environ 90 % à 95 % des adultes plus âgés atteints de trouble bipolaire ont leur premier épisode avant l'âge de 50 ans, bien qu'il y ait une minorité qui aura une apparition plus tardive.

b. Sémiologie (à connaître)

Bien que les symptômes de manie ou d'hypomanie soient généralement moins marqués chez les adultes plus âgés, les symptômes dépressifs et cognitifs sont plus souvent observés. La comorbidité psychiatrique est également généralement moins fréquente que chez les patients plus jeunes, l'anxiété et la consommation de substances étant les plus courantes.

Les troubles cognitifs sont une préoccupation importante pour cette population, avec plus de 30 % présentant des déficits significatifs dans tous les états d'humeur, y compris l'euthymie. Cette dysfonction cognitive est relativement stable et liée au nombre d'épisodes d'humeur antérieurs dans la vie.

L'utilisation de lithium a été associée à des taux plus faibles de troubles cognitifs dans le trouble bipolaire, et des niveaux élevés de lithium dans l'eau potable pourraient être associés à des risques de démence plus faibles.

c. Comorbidités (à connaître)

Les adultes plus âgés atteints de trouble bipolaire présentent en moyenne trois à quatre comorbidités médicales, avec le syndrome métabolique, l'hypertension, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite et les anomalies endocriniennes étant les plus courantes.

Ensemble, ces comorbidités contribuent à une réduction de l'espérance de vie de 10 à 15 ans dans le trouble bipolaire par rapport aux populations non psychiatriques.

En raison de ces taux élevés de comorbidités, l'évaluation d'un adulte plus âgé atteint de trouble bipolaire devrait inclure un examen physique et neurologique approfondi, y compris des tests de laboratoire clinique. L'imagerie cérébrale devrait également être réalisée si nécessaire, en particulier en présence de signes et symptômes neurologiques focaux ou d'un début tardif abrupt, ou si la présentation est différente des épisodes précédents.

d. Diagnostic épisode maniaque

DSM-V :

- A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable au comportement habituel :
 - Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
 - Réduction du besoin de sommeil (p. ex. : le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil)
 - Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler
 - Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent
 - Distractibilité (p. ex. : l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants), rapportée ou observée
 - Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (c'est-à-dire une activité sans objectif ou non orientée vers un but)
 - Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. : la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- C. La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.
- D. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. : substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou à une autre affection médicale générale.

e. Diagnostics différentiels (à connaître)

Un examen clinique complet est donc indispensable et orientera le bilan paraclinique éventuellement nécessaire.

Ce bilan peut ainsi comprendre selon les points d'appel : NFS, ionogramme sanguin, calcémie, albuminémie, TSH, vitamines B9-B12, ECG, imagerie cérébrale.

Category	Systemic medical conditions
Medical conditions	Anemia, hyperthyroidism, vitamin B ₁₂ deficiency, niacin deficiency
Medications/substances	Antidepressants, corticosteroids, captopril, stimulants, amphetamines, cocaine, opiates
Infectious diseases	Neurosyphilis, encephalitis, human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome
Neurologic disorders	Major neurocognitive disorders, multiple sclerosis, epilepsy, Parkinson disease, traumatic brain injury, brain tumors, normal pressure hydrocephalus, Wilson disease

f. Traitement (à connaître)

Les données étayant l'efficacité des médicaments dans différents états d'humeur dans cette population sont limitées, avec seulement un seul essai contrôlé randomisé (ECR) exclusivement réalisé sur des patients gériatriques à ce jour, comparant le lithium à la divalproex pour le traitement de la manie/hypomanie. Malgré cela, des essais en ouvert, des études naturalistes et des analyses post hoc d'ECR à âges mélangés suggèrent que les médicaments efficaces chez les adultes en général seront également efficaces chez les adultes plus âgés, bien que des considérations supplémentaires concernant la tolérabilité des médicaments et les changements liés à l'âge en termes de pharmacocinétique et de pharmacodynamique doivent être pris en compte. En raison du nombre élevé de comorbidités médicales ainsi que des changements physiques liés au processus de vieillissement, une attention stricte doit être portée à ces patients en ce qui concerne les problèmes pharmacocinétiques potentiels, les interactions médicamenteuses, les effets secondaires et la nécessité d'une surveillance continue.

Entre autres effets, le lithium a été associé à des effets neurologiques indésirables et à une maladie rénale. La divalproex a été associée à des effets secondaires moteurs et métaboliques (prise de poids et diabète sucré). La carbamazépine induit des enzymes du cytochrome P450 et peut réduire les niveaux de divalproex et d'autres médicaments. En ce qui concerne les antipsychotiques, qui sont maintenant très couramment utilisés pour le trouble bipolaire chez les adultes plus âgés, une réduction de la dose peut être bénéfique chez certains patients âgés pour réduire le risque d'effets moteurs, de sédation, de syndrome métabolique et d'effets cognitifs.

1) Traitement de l'épisode maniaque (à connaître)

Recommandations de traitement pour le trouble bipolaire chez les personnes âgées :

En premier lieu, il est recommandé de traiter avec du lithium en monothérapie (niveau de preuve 2) ou du divalproex en monothérapie (niveau de preuve 2). Si cela ne fonctionne pas, la quetiapine peut être considérée en deuxième intention (niveau de preuve 2). En troisième intention, l'asenapine (niveau de preuve 4), l'aripiprazole (niveau de preuve 4), la rispéridone (niveau de preuve 4) ou la carbamazépine (niveau de preuve 4) peuvent être utilisées.

Pour les épisodes résistants au traitement, la clozapine (niveau de preuve 4) et l'ECT (niveau de preuve 4) doivent également être envisagées.

2) Traitement de l'épisode dépressif (à connaître)

Il n'y a pas d'essais randomisés contrôlés pour les médicaments dans le traitement de la dépression bipolaire aiguë chez les personnes âgées.

Des analyses post-hoc d'essais randomisés contrôlés suggèrent l'efficacité de la quétiapine (niveau 2) et de la lurasidone (niveau 2) en monothérapie, et donc ces options sont recommandées en première intention.

Cependant, chez les personnes âgées, étant donné les préoccupations concernant les effets secondaires des antipsychotiques atypiques, les cliniciens peuvent souhaiter essayer d'abord le lithium ou la lamotrigine en se basant sur leur efficacité dans les populations adultes, bien que les preuves d'efficacité soient limitées chez les personnes âgées (lithium, niveau 4; lamotrigine, niveau 4). Le divalproex (niveau 4), l'aripiprazole (niveau 4) et la carbamazépine (niveau 4) sont des options de troisième ligne. L'ECT (niveau 4) est une option importante qui devrait être envisagée dans les cas de résistance au traitement, pour les patients suicidaires ou pour les patients présentant une alimentation ou une hydratation insuffisante.

Bien que l'utilisation d'antidépresseurs dans la dépression bipolaire reste controversée et qu'il n'y ait pas d'études sur la dépression bipolaire chez les personnes âgées, les antidépresseurs sont fréquemment utilisés dans cette population (> 40% des patients).

V. Trouble psychotique

a. Épidémiologie (à connaître)

Il y a peu de connaissances autour du trouble psychotique : 1% de la littérature sur la schizophrénie

La schizophrénie, qui se déclare généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, n'est pas rare chez les sujets âgés de plus de 65 ans. En effet, avec l'allongement de l'espérance de vie, de nombreux patients souffrant de schizophrénie atteignent maintenant un âge avancé.

La prévalence de la schizophrénie dans la population âgée est tout de même inférieure à celle retrouvée dans la population adulte jeune (0,6 % versus 1 %).

Cela peut être expliqué, en partie par un taux de mortalité prématurée, avant 65 ans, 2 à 3 fois plus élevé chez les patients souffrant de schizophrénie qu'en population générale.

Il y a 3 types de troubles psychotiques (*à connaître ++*) :

- La schizophrénie vieillissante : Les critères diagnostiques et les symptômes de la schizophrénie vieillissante (du sujet âgé ayant déclenché sa schizophrénie au début de l'âge adulte) sont sensiblement les mêmes que ceux du sujet jeune
- La schizophrénie tardive et très tardive : Les schizophrénies tardive (début après 40 ans) et très tardive (début après 60 ans) se distinguent par :
 - o Une prédominance féminine
 - o D'avantage d'hallucinations (visuelles, cénesthésiques, olfactives) et d'idées délirantes de persécution
 - o Moins de symptômes de désorganisation et de symptômes négatifs.
- Les troubles délirants :
 - o Les troubles délirants sont fréquents chez le sujet âgé. Ils se distinguent de la schizophrénie par la présence isolée d'idées délirantes sans symptômes de désorganisation, ni de symptômes négatifs

b. Diagnostic (diapo passée)

Le diagnostic positif de schizophrénie, qu'elle soit vieillie ou de début tardif, et du trouble délirant repose sur les mêmes critères que chez le sujet jeune. Le diagnostic de schizophrénie est clinique. Il faut que les critères suivants soient remplis :

- L'association d'au moins deux syndromes présents dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois parmi les suivants :
 - o Syndrome positif (idées délirantes ou hallucinations)
 - o Syndrome de désorganisation
 - o Syndrome négatif
 - o Ces syndromes doivent être présents pendant au moins un mois, ou moins en cas de traitement efficace. Il s'agit des symptômes de la phase active.
- Les difficultés engendrées (c'est-à-dire que les domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation) doivent persister pendant au moins 6 mois.

c. Vieillissement de la schizophrénie (*à connaître*)

Aucun vieillissement de la schizophrénie n'est identique (cf schéma diapo), l'évolution hétérogène et la population hétérogène.

Chiffres :

- Un rétablissement ad integrum chez 25 à 30% des malades
- Une rémission partielle dans 50% des cas avec un handicap certain mais stabilisé, sans signes productifs
- Une détérioration progressive dans 20 à 25% des cas avec évolution vers une dépendance quasi-totale.

Les symptômes résiduels négatifs deviennent majoritaires et les symptômes positifs s'estompent. Pondération du statut de malade mental par celui de personne âgée, moins d'hospitalisations. La majorité des patients souffrant de schizophrénie âgée vivent à domicile. Patients sous diagnostiqués et sous traités pour les pathologies somatiques, vulnérables, avec un moindre accès aux soins.

Entre 1994 et 2014, l'espérance de vie des patients souffrant de schizophrénie est passée de 57,6 à 70,1 ans

d. Vieillissement cognitif

Des altérations cognitives dès le début de la maladie → parfois avant...

Le déclin est plus important dans les premières années d'évolution de la schizophrénie. Il explique, plus que la symptomatologie, le handicap social

Déficits cognitifs : apprentissage, mémoire de travail, attention, flexibilité mentale, fonctions exécutives.

Pas de déclin avec l'âge ? → Peu ou pas d'études prospectives au long cours

e. *Prise en charge (à connaître)*

L'objectif n'est peut-être plus la récupération ou la réadaptation, mais la qualité de vie pour le patient et sa famille

Le traitement médicamenteux repose, en première intention, sur l'utilisation d'antipsychotiques de seconde génération. Du fait d'un risque accru d'effets indésirables, le rapport bénéfice/risque doit être évalué avec précision avant la prescription et tout au long du traitement. Les antipsychotiques devront être initiés à faible posologie et l'augmentation devra être progressive. Les conférences de consensus recommandent de maintenir la posologie minimale efficace. Il n'existe pas de spécificité de prise en charge chez la personne âgée. Elle doit, également, comprendre la surveillance des facteurs de risque médicaux non psychiatriques, notamment vasculaires, et viser à limiter les conséquences fonctionnelles et cognitives de la maladie.

VI. *Résumer (à connaître)*

a. *FDR*

Toute diminution des capacités perceptuelles ou cognitives qui diminuerait les capacités d'ajustement (ou coping) à un facteur de stress.

Toute situation d'isolement social et familial (deuil, veuvage).

Les événements de vie stressants (ex. : maltraitance, négligence, douleur mal prise en charge, changement de lieu de vie, notamment l'entrée en institution).

Les pathologies non psychiatriques

b. *Prévention*

La prévention primaire est l'ensemble des actes visant à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas (incidence) d'une maladie dans une population.

La prévention secondaire a pour objectif de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population.

La prévention tertiaire a pour objectif de diminuer les conséquences liées au trouble

Ex : Dépistage des troubles psychiatriques débutants est une action de prévention tertiaire

c. *Trouble bipolaire*

La prévalence des troubles bipolaire est d'environ 1 % chez les sujets de plus de 60 ans. Environ 90 % à 95 % des adultes plus âgés atteints de trouble bipolaire ont leur premier épisode avant l'âge de 50ans. Bien que les symptômes de manie ou d'hypomanie soient généralement moins marqués chez les adultes plus âgés, les symptômes dépressifs et cognitifs sont plus souvent observés.

Les adultes plus âgés atteints de trouble bipolaire présentent en moyenne trois à quatre comorbidités médicales, avec le syndrome métabolique, l'hypertension, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite et les anomalies endocriniennes étant les plus courantes. En raison de ces taux élevés de comorbidités, l'évaluation d'un adulte plus âgé atteint de trouble bipolaire devrait inclure un examen physique et neurologique approfondi, un seul essai contrôlé randomisé (ECR) exclusivement réalisé sur des patients gériatriques à ce jour les médicaments efficaces chez les adultes en général seront également efficaces chez les adultes plus âgés.

En premier lieu, il est recommandé de traiter avec du lithium en monothérapie (niveau de preuve 2) ou du divalproex en monothérapie la quétiapine (niveau 2) et de la lurasidone (niveau 2) en monothérapie, et donc ces options sont recommandées en première intention. Les antidépresseurs sont fréquemment utilisés dans cette population.

d. *Trouble psychotique*

Peu de connaissances : 1% de la littérature sur la schizophrénie

La prévalence de la schizophrénie dans la population âgée est tout de même inférieure à celle retrouvée dans la population adulte jeune (0,6 % versus 1 %).

Les symptômes résiduels négatifs deviennent majoritaires et les symptômes positifs s'estompent

L'objectif n'est peut-être plus la récupération ou la réadaptation, mais la qualité de vie pour le patient et sa famille

Le traitement médicamenteux repose, en première intention, sur l'utilisation d'antipsychotiques de seconde génération

Il y a 3 types de troubles psychotiques :

- La schizophrénie vieillissante : Les critères diagnostiques et les symptômes de la schizophrénie vieillissante (du sujet âgé ayant déclenché sa schizophrénie au début de l'âge adulte) sont sensiblement les mêmes que ceux du sujet jeune
- La schizophrénie tardive et très tardive : Les schizophrénies tardive (début après 40 ans) et très tardive (début après 60 ans) se distinguent par :
 - o Une prédominance féminine
 - o D'avantage d'hallucinations (visuelles, cénesthésiques, olfactives) et d'idées délirantes de persécution
 - o Moins de symptômes de désorganisation et de symptômes négatifs.
- Les troubles délirants :
 - o Les troubles délirants sont fréquents chez le sujet âgé. Ils se distinguent de la schizophrénie par la présence isolée d'idées délirantes sans symptômes de désorganisation, ni de symptômes négatifs

VII. QCMs

La schizophrénie est caractérisée par :

- A. Des idées délirantes
- B. Des personnalités multiples
- C. Un retard mental
- D. Des hallucinations acoustico-verbales
- E. Des troubles du cours de la pensée

Réponses : ADE

Concernant la schizophrénie (quelle est la proposition vraie) :

- A. Sa prévalence est de 0,5% à 0,8%
- B. Elle touche plus d'hommes que de femmes
- C. Elle débute essentiellement de façon aiguë
- D. Le délire est dit paranoïaque
- E. Il n'y a jamais d'hallucinations

Réponse : A

Parmi les propositions suivantes quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) d'un épisode dépressif majeur :

- A. Le suicide
- B. La schizophrénie
- C. L'autisme
- D. La dépendance à l'alcool
- E. La « bouffée délirante aiguë »

Bonnes réponses : AD

Sur le plan clinique, un trouble bipolaire se définit dans le temps par (une ou plusieurs réponses possibles) :

- A. Une alternance d'épisode maniaque et d'épisode dépressif
- B. Une alternance de schizophrénie et de dépression
- C. Une alternance de schizophrénie et d'épisode maniaque
- D. Une alternance de schizophrénie et d'hypo-manie
- E. Une alternance d'épisode dépressif et d'hypo-manie

Réponses : AE

Sur le plan clinique, un épisode maniaque se définit par (une ou plusieurs réponses possibles) :

- A. Une exaltation
- B. Une accélération psycho-motrice
- C. Des idées suicidaires
- D. Un ralentissement psycho-moteur
- E. Un repli autistique

Réponses : AB

Sur le plan clinique, la dépression se définit par (une ou plusieurs réponses possibles) :

- A. La tristesse
- B. Une perte d'envie
- C. L'étrangeté
- D. L'autisme
- E. Une perte d'appétit

Réponses : ABE

Concernant les mécanismes délirants (quelle est la proposition fautive) :

- A. Cela peut être l'interprétation
- B. Cela peut être l'intuition
- C. Cela peut être la persécution
- D. Cela peut être l'imagination
- E. Cela peut être l'altération des perceptions

Réponse : C

Quels sont les différents mécanismes d'un syndrome délirant ?

- A. Mécanisme imaginatif
- B. Mécanisme hallucinatoire
- C. Mécanisme intuitif
- D. Mécanisme d'influence
- E. Mécanisme interprétatif

Réponses : ABCE