

La psychiatrie du sujet âgé : mythe ou réalité ?

La psychiatrie du sujet âgé, est-ce un mythe ou une réalité ? Mon propos peut sembler volontiers provocateur, et bien, pourquoi pas ? Je souhaite porter un éclairage de psychiatre, clinicien de terrain, à cette question. Tout d'abord, il faut tordre le cou au défi sémantique de la définition de cette psychiatrie si particulière qui s'occupe de nos aînés. Car celle-ci n'a pas toujours existé, et peine encore à trouver son nom, sa définition, ses champs d'action, sa voie. Ses défenseurs sont aussi nombreux que ses détracteurs.

Un peu d'histoire et quelques chiffres

Une donnée de réalité est celle-ci : on assiste à une explosion démographique de la population âgée, et ce depuis la fin des années 1960, en Europe et ailleurs, la population mondiale compte plus de 800 millions de personnes de plus de 65 ans, et les projections indiquent un chiffre de 2 billions en 2050. En France, en 2030, 28% de la population aura plus de 65 ans et accompagnera presque 150 000 centenaires. L'espérance de vie sera bientôt de 95 ans pour les hommes et de 100 ans pour les femmes. Notre société a du reconsidérer son offre de soin, en terme de prévention et de traitements curatifs, dans tous les domaines de la santé. La santé mentale est apparue comme une composante majeure de la santé globale des personnes âgées. Mais bien avant cette préoccupation de santé publique, la vieillesse intéressait déjà les aliénistes du 19^{ème} siècle. Pinel publie en 1804, dans *La Médecine Clinique*, un chapitre consacré à l'étude des patients âgés de l'Hospice de la Salpêtrière et Charcot, en 1874, donne ses *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques*¹.

À la fin du 19^{ème} siècle, Bonnafé insiste sur la place du psychiatre dans une institution soignante pour personnes âgées, Baruk essaye d'organiser une unité de gérontopsychiatrie à l'hôpital Saint-Maurice, Daumézon publie un travail sur les « états régressifs aigus chez les vieillards », Dedieu-Anglade écrit sa thèse sur les « névroses d'involution »². Parallèlement, le concept de démence évolue. Pinel parlera de la démence comme d'une « espèce distincte » d'aliénation mentale³. La démence va ensuite faire l'objet d'étude dans le champ de la neurologie et finalement s'éloigner de l'intérêt des psychiatres. La situation change après la seconde guerre mondiale avec la prise de conscience du vieillissement démographique⁴. En 1962 en France, la commission Laroque élabore les principes d'une politique de santé et d'intégration sociale pour personnes âgées.

Au début des années 1970, une médecine de la personne âgée, la gériatrie, s'individualise, puis l'offre de soins psychiatrique évolue également, contribuant à l'émergence de la psychiatrie du sujet âgé. A l'instar de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, il est apparu qu'il existait des spécificités de clinique, de psychopathologie, d'étiopathogénie, et par la suite, de prise en charge, de traitement et d'évolution, liées à l'âge. Fin 1970, la section de psychiatrie de l'âge est créée au sein de l'*Association mondiale de psychiatrie*, en collaboration avec la division de santé mentale de l'*Organisation Mondiale de la Santé*, et à partir des années 1980 d'autres sociétés savantes voient le jour, dont la *Société de psychogériatrie de langue française*⁵.

L'organisation des soins et la formation

En France, l'hétérogénéité d'offre de soins, de prise en charge, de formation et d'exercice sont la règle. Quelques services ou pôles de psychiatrie du sujet âgé se sont implantés au sein des secteurs

psychiatriques, des hôpitaux généraux ou gériatriques, d'institutions privées, mais ces initiatives sont réparties de façon inégale et aucune directive actuelle n'encadre ces diverses pratiques. De façon plus indépendante, des consultations spécialisées, des équipes mobiles et hôpitaux de jour psychogériatriques ont vu le jour. Les consultations-mémoire locales et les « centres mémoire de recherche et de ressource » ou CM2R proposent des bilans des fonctions cognitives. Le dispositif gériatrique participe également à ces prises en charge. C'est surtout autour de la prise en charge de la démence qu'une organisation spécifique des soins a été promue⁶. La psychiatrie du sujet âgé n'est pas encore reconnue en France comme une sous-spécialité de notre discipline, dès lors, la formation académique, initiale et post-graduée, n'est pas unifiée ni harmonisée comme il se devrait. Or, on le voit, l'heure n'est plus à discuter de sa légitimité comme une sous-spécialité nécessaire et à part entière, mais bien de prendre acte de son existence et de mettre en œuvre son développement sur les plans du soin, de l'enseignement et de la recherche. Les aspects de stigmatisation et les enjeux éthiques devraient être une priorité⁷.

La psychiatrie et le vieillissement

Je parlais de sémantique tout à l'heure, le nom de cette psychiatrie spécifique a cheminé : psychogériatrie, gérontopsychiatrie, psychiatrie du sujet âgé, psychiatrie du vieillissement... Le problème de la dénomination n'est pas totalement résolu car chacun donne à ces différents termes des attributions et des sens différents. Un bref rappel des différentes définitions en donne un premier aperçu.

La psychogériatrie : elle représente l'approche clinique des troubles psychiques d'un point de vue gériatrique, elle est donc plus liée au champ de la maladie démentielle. Elle est à mettre en parallèle avec la neurogériatrie, la cardiogériatrie, l'oncogériatrie, etc.

La gérontopsychiatrie : elle désigne une psychiatrie centrée sur les pathologies mentales de la personne âgée et inclut une dimension psychopathologique en privilégiant implicitement une approche psychodynamique. Elle est à mettre en parallèle avec la pédo-psychiatrie⁸. Mais c'est finalement autour de la traduction du terme anglo-saxon *old age psychiatry* que le consensus le plus acceptable a été trouvé : la psychiatrie du sujet âgé (à l'instar de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent). Ce qui chemine également, c'est la notion de vieillissement. J'aime à penser que la vieillesse est le seul moyen que la vie ait inventé pour ne pas mourir jeune. Cette boutade avancée, on doit reconnaître que l'effet du temps sur nous se développe dès notre naissance, de façon discontinue, irrégulière et inégale, comme une néoténie qui viendrait remanier notre patrimoine individuel. Un chercheur en génétique moléculaire, Miroslav Radman, s'est mis en tête de percer le secret de l'immortalité. A la base de ses recherches, une bactérie qui ne meurt jamais car elle arrive à s'auto-réparer, à s'auto-ressusciter. Il affirme pouvoir prolonger la vie humaine, en bonne santé, en créant une sorte de vaccin qui nous prémunirait du vieillissement et des maladies...Un grain de sable qui viendra ralentir, sinon arrêter le tic-tac de notre horloge biologique⁹.

La représentation de la vieillesse dans notre monde contemporain est complexe. D'une part, on cherche à obtenir un label du « bien vieillir », et les progrès de la médecine nous aident à éloigner la mort ; d'autre part, on ne sait plus que faire de ces vieux qui cumulent les handicaps et les déficits, les efforts thérapeutiques étant souvent vains et coûteux...

Et alors, à quel âge devient-on vieux ? L'*Organisation Mondiale de la Santé* a fixé une certaine chronologie et un statut, elle définit le vieillissement comme un « processus, lent et progressif, qui modifie la structure et le fonctionnement de l'organisme à partir de l'âge mûr et qui doit être distingué des manifestations des maladies ». L'âge mûr, c'est entre 30 et 40 ans et la vieillesse, c'est à 65 ans. C'est l'OMS qui le dit. La SNCF et sa carte « Senior » est plus prévenante, car c'est à 60

ans qu'elle fixe la barre... Je vais en rassurer plus d'un (quoique ?), c'est à 75 ans que les problèmes commencent... et qu'apparaissent la déficience puis l'incapacité et enfin le handicap. La vieillesse deviendrait alors synonyme de dépendance et les personnes « âgées » seraient toutes en état d'incapacité. Que faire des 40% de nonagénaires autonomes physiquement et psychologiquement, ils ne sont donc pas des vieilles personnes ? Effectivement, il est une réalité biologique que l'âge est un facteur de risque de (certaines) maladies et de (certains) handicaps. D'un sens tant mieux, car il est bon signe pour une société que les maladies et les handicaps touchent moins les enfants et ne concernant la majorité des adultes que très tardivement.

Les champs de compétences

Le psychiatre de la personne âgée a donc un rôle à jouer, voire des missions et un positionnement à adopter. A mon sens on peut décrire deux champs d'action et de compétences, au sein desquels l'expertise d'un savoir-faire et d'une savoir-être psychiatrique sont nécessaires. Ce sont les pathologies psychiatriques qui évoluent avec l'avancée en âge et celles qui apparaissent tardivement.

Les pathologies psychiatriques qui évoluent avec l'avancée en âge

Ce sont ces patients dont les troubles ont débuté durant l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte et dont l'évolution, au prisme du vieillissement, nécessite la poursuite des soins. Les malades vieillissent avec leur maladie, et celle-ci se teinte d'une « patine » particulière qu'il est indispensable d'envisager de façon spécifique.

Classiquement, les troubles dépressifs ont tendance à se chroniciser, l'intervalle séparant les épisodes se réduit, la durée des épisodes s'allonge, les rémissions sont moins complètes. Les épisodes maniaques se raréfient et s'espacent, les symptômes s'atténuent¹⁰.

Les troubles de la personnalité ont tendance à s'accroître avec l'âge. La vulnérabilité qu'ils entraînent met à mal les capacités d'adaptation nécessaires à mobiliser lors des changements et remaniements narcissiques liés au vieillissement.

Pour les patients psychotiques, l'avancée en âge est pourvoyeuse d'une modification sur un versant déficitaire, avec majoration des symptômes négatifs, du retrait, de l'apragmatisme, qui peut alors prendre la forme d'une apathie caractérisée, qu'il est parfois difficile de différencier d'une entrée dans la démence¹¹.

Ce sont pour eux que les parcours de vie sont les plus complexes. Souvent isolés, étayés par leurs vieux parents qui viennent tôt ou tard à disparaître, ils se retrouvent à devoir affronter une nouvelle période de leur vie, sans repères et avec des capacités d'adaptation qui peuvent être mises à mal. La perte d'autonomie en est majorée, et se pose alors la question d'une entrée en institution, à un âge qui n'est pas celui d'une population de maison de retraite. A 60 ou 65 ans, ils se retrouvent confrontés à des résidents qui ont l'âge de leurs parents, une génération les sépare... L'accompagnement par des équipes soignantes spécifiques est alors primordial.

Les pathologies psychiatriques qui apparaissent tardivement

Des symptômes psychiatriques inauguraux peuvent émerger après 65 ans, et caractériser un trouble psychiatrique d'expression tardive. De tels symptômes peuvent également émailler l'évolution d'une

maladie démentielle, ou en représenter les prodromes. Ils peuvent alors s'inscrire comme des manifestations comportementales ou émotionnelles réactionnelles à des changements : modification du cadre de vie, émergence de troubles cognitifs ou de maladies organiques.

Nous l'avons dit, l'avancée en âge est une période de la vie caractérisée par des changements et des remaniements narcissiques, plutôt dans le registre de la perte et de l'approche de la mort. Le travail psychique qui doit se mettre à l'œuvre fait appel à la capacité de renoncement, en intégrant le fait des limites qui s'imposent et des potentialités qui demeurent¹².

L'anxiété

C'est la manifestation psychiatrique la plus fréquente chez le sujet âgé. Le plus souvent secondaire à une affection somatique, elle peut aussi s'organiser en trouble anxieux généralisé, avec des inquiétudes hypocondriaques et des symptômes physiques associés. Le trouble panique et le trouble obsessionnel-compulsif sont plus rares¹³.

L'agoraphobie peut prendre une forme atypique, celle de la peur de tomber, que le sujet soit déjà tombé (syndrome post-chute) ou non, et peut entraîner un confinement progressif à domicile puis, comme dans la chanson de Jacques Brel, « du lit à la fenêtre, puis du lit au fauteuil et puis du lit au lit ».

Les troubles hystériques sont marqués par une avidité affective, des plaintes somatiques multiples et des demandes de soins jamais satisfaites ou mises en échec, souvent source de rejet de la famille ou des soignants. Les phénomènes conversifs sont possibles et peuvent prendre l'allure d'un syndrome démentiel (syndrome de Ganser)¹⁴.

Les troubles thymiques

Les états dépressifs tardifs sont fréquents chez le sujet âgé, leur prévalence est très variable en raison d'une clinique atypique, trompeuse, méconnue et mal évaluée. Selon les études, on retrouve une prévalence d'états dépressifs majeurs de 2 à 61 % et de 20 à 45% de symptômes dépressifs¹².

Les signes classiques peuvent se retrouver : tristesse de l'humeur, ralentissement psychomoteur, anhédonie, trouble du sommeil, de l'appétit et de la libido, fatigue, anergie, sentiment de dévalorisation, de culpabilité, troubles de la concentration, pensées de mort, idées suicidaires¹⁵.

Des aspects dimensionnels peuvent prendre le devant du tableau : somatique, cognitif, anxieux, caractériel, régressif, délirant, ou conatif.

Le sommeil s'altère quasi-physiologiquement, en fragmentant son architecture et en modifiant le rythme veille-sommeil. Les plaintes autour du sommeil sont donc très fréquentes.

La question du suicide est majeure ; en effet, le taux de suicide après 65 ans est le double de celui de la population générale avec un taux de réussite qui augmente avec l'âge. En France, un quart des 13000 décès annuels par suicide concernent des sujets âgés de plus de 65 ans. Les facteurs associés sont le sexe masculin, l'âge avancé, l'existence d'une pathologie invalidante et douloureuse et les atteintes sensorielles¹⁶.

Contrairement aux troubles dépressifs, les troubles bipolaires du sujet âgé sont peu décrits. Les états maniaques ont une expression clinique plus atténuée par rapport aux sujets jeunes : l'hyperactivité et l'expansion de l'humeur sont moins fréquentes, l'expansivité et l'euphorie font place à l'irritabilité et l'agressivité, les idées de persécution remplacent les idées de grandeur. Les

états mixtes sont fréquents. Des troubles cognitifs avec confusion et désorientation sont fréquents. Les troubles bipolaires d'apparition tardive doivent faire rechercher une origine organique neurologique ou hormonale. Le diagnostic différentiel entre un épisode maniaque et une démence fronto-temporale débutante peut être délicat.

La question de la présence ou non d'une pathologie démentielle face à une dépression de survenue tardive doit se poser. Des symptômes dépressifs tardifs peuvent constituer les premières manifestations de la maladie démentielle, et être en rapport avec la perception intime du déficit ou favoriser une révélation précoce de la démence.

Les troubles psychotiques

La prévalence des troubles psychotiques chez le sujet âgé est très variable selon les études, de 3 à 30 %, et leur clinique est hétérogène. Ils s'installent après 45 ans, voire 65 ans. Associés aux idées délirantes et aux hallucinations, on retrouve des troubles de l'identification perceptive. Les manifestations productives augmentent avec le déclin cognitif mais leur organisation est déterminée par le niveau de performance cognitive. Les thèmes délirants les plus fréquents sont la persécution, le préjudice, la spoliation et l'intrusion. Les hallucinations sont volontiers florides et multimodales.

Les troubles psychotiques de désafférentation sensorielle sont souvent méconnus : syndrome d'Ekblom (délire d'infestation cutanée par des parasites associé à des hallucinations cénesthésiques très anxigènes), syndrome de Charles Bonnet (hallucinations visuelles qui surviennent à l'occasion d'une baisse d'acuité visuelle) et paranoïa des sourds (hallucinations auditives chez les malentendants).

Le syndrome de Diogène se rencontre fréquemment en clinique quotidienne. Il s'agit d'un trouble du comportement qui conduit les personnes à accumuler des déchets de toutes sortes, jusqu'au point de limiter l'espace vital au sein du domicile et d'engager le pronostic vital. Il émaille ainsi sévèrement l'évolution de psychoses chroniques, de troubles dépressifs et de pathologies démentielles¹⁷.

Par ailleurs, le sujet âgé qui présente des troubles thymiques a une propension à développer des idées délirantes plus importantes que l'adulte jeune (dépression délirante, syndrome de Cotard, manie délirante...). Enfin, les troubles psychotiques peuvent révéler une maladie démentielle ou en émailler l'évolution. Leur fréquence et leur spécificité clinique sont différentes selon le type de maladie démentielle.

Les addictions

Les addictions ne sont pas rares chez le sujet âgé mais elles sont taboues donc sous-estimées. Les plus fréquentes sont les dépendances à l'alcool et aux médicaments, en particulier les benzodiazépines¹⁸. Elles sont souvent intriquées et associées à un trouble thymique ou anxieux. Baudelaire, alors qu'il était bien jeune, semblait déjà avoir une certaine maturité de compréhension du vieillissement : « Pour ne pas sentir l'horrible fardeau du temps qui brise vos épaules et vous penche vers la terre, il faut vous enivrer sans trêve » (*Le spleen de Paris*, 1862).

Les pathologies démentielles

La démence est une maladie dont la prévalence augmente avec l'âge : deux tiers des patients déments ont 85 ans et plus, et que près des 20 % des sujets de plus de 75 ans présentent une démence¹⁹. Le processus démentiel de déconstruction n'atteint pas seulement le registre intellectuel, il va toucher l'affect, le comportement, le caractère, tout ce qui construit l'identité d'un individu, et

qui va se déliter peu à peu. Les manifestations psychiatriques vont émailler l'évolution de ce processus, et on peut alors rencontrer une partie de la sémiologie : anxiété, dépression, addiction, troubles psychotiques etc. Je ne traiterai pas, volontairement, les aspects de prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse car un chapitre de plus serait nécessaire (...), mais il paraît évident que la place du psychiatre est là aussi indispensable, dans la mesure où les prescriptions sont complexes, facilement iatrogènes et nécessitent un savoir-faire aiguisé.

La pratique des psychothérapies également, qu'elle soit psychodynamique ou cognitive et comportementale (thérapies des schémas cognitifs, restructuration cognitive) sont un apport essentiel. Elles peuvent viser, par leur nature contenante et étayante, à une valorisation et une restauration de la vie relationnelle, émotionnelle et de l'estime de soi. Les médiations corporelles (psychomotricité, relaxation, massage, *Snoozelen*) permettent d'enrichir la sensorimotricité et de réinvestir le corps comme objet de plaisir et de relation.

Le soin apporté aux patients souffrant de maladie démentielle, et à leur proches, est évidemment pluri-professionnel, et ne peut se concevoir que dans une approche entière et coordonnée des différents acteurs, tant en terme d'espace (au domicile, en institution, entre les deux...) que de temporalité (au début, à la fin, au milieu...). Les psychiatres font partie du parcours, à un endroit ou à un autre, à un moment ou à un autre. Or, il a été malheureusement à regretter que le rapport du Pr Joël Ménard, sur le plan « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 » n'ait mentionné nulle part la nécessité de la présence d'un psychiatre au cours de la prise en soin des patients²⁰.

Pour conclure

La question posée dans mon titre a trouvé sa réponse, sans équivoque, la psychiatrie du sujet âgé est une réalité, une vraie de vraie ! Les chiffres et les statistiques sociétales sont une chose, la réalité psychique de nos patients au quotidien en est une autre.

La souffrance n'a pas d'âge, me direz-vous ? Certes, alors prenons en soin, avec la meilleure expertise possible et le meilleur savoir. Le patient, son entourage, doivent pouvoir bénéficier des dispositifs de soins les plus adaptés à leur troubles, quel que soit leur âge et l'évolution de leur maladie, qui vont croissant avec le nombre des années.

Le psychiatre est un professionnel du soin, de l'accompagnement, pas le seul bien sûr, et il doit être utilisé comme tel. Les questions de l'espace et de la temporalité, qui se déclinent tous deux avec des représentations et des rythmes différents selon les périodes de la vie, sont des enjeux essentiels dont la psychiatrie a su se saisir. La réflexion qu'apporte la psychiatrie est pertinente dans le soin aux personnes âgées, avec les apports en neurosciences, en éthique et en philosophie, en sciences humaines et sociales dont elle sait s'enrichir, alors, ne nous en privons pas.

Notes

1. Pollet G (2001) « La vieillesse dans la littérature, la médecine et le droit au XIX^{ème} siècle : sociogénèse d'un nouvel âge de la vie », *La Documentation française, Retraite et société* 3 (34) : 29-49.
2. Tessier JF, Leger JM et al (2003), « La psychiatrie a-t-elle sa place aujourd'hui dans la prise en charge médicale du sujet âgé ? », *Gérontologie et Société*, 104 : 180.
3. Pinel P (1800) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Paris, Richard, Caille et Ravier. 2^e éd., 1809 (rééd. 2^e éd. J. Garabé et D.B. Weiner, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 2005).

4. Albou P (2006), « Les grandes étapes de l'histoire de la psychogériatrie », *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 6 (32) : 45-50.
5. Hanon C, Camus V (2010), « Formation à la psychiatrie du sujet âgé : quels enjeux ? », *L'Information Psychiatrique* 86 (1) : 15-20.
6. Montagnier D, Hanon C, Glenisson L (2012), « Introduction à la psychiatrie du sujet âgé », In *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, sous la direction de Vassilis Kapsambelis, Paris, PUF.
7. Rapport OMS et AMP (2002), Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux.
8. Jaulin P. (2012), « Psychiatrie du sujet âgé : les métamorphoses d'un nom », *L'Information psychiatrique* ; 88 : 709-10
9. Hanon C. (2012), *Devenir Vieux, les enjeux de la psychiatrie du sujet âgé*, Coll Polémiques, Rueil Malmaison, Ed Doin.
10. Polosan M, Palazzolo J, Gallarda T (2006), *Vieillesse, trouble bipolaire et schizophrénie*, Paris, CNRS Editions.
11. Rigaud AS, Bayle C, Latour F, Lenoir H, Seux ML, Hanon O, Péquignot R, Bert P, Bouchacourt P, Moulin F, Cantegreil I, Wenisch E, Batouche F, de Rotrou J (2005), « Troubles psychiques des personnes âgées », *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37540-A10, Paris, Elsevier Masson.
12. Verdon B (2013), *Le vieillissement psychique*, Que Sais-je ? Paris, PUF.
13. Ancelin ML, Artero S, Beluche I, Besset A, Boulenger JP, Carrière I, Chaudieu I, Courtet P, Dupuy AM, Jausse I, Malafosse A, Norton J, deRoquefeuil G, Ryan J, Scali J, Touchon J, Ritchie K (2006), « Le projet Esprit : une étude longitudinale en population générale des troubles psychiatriques en France chez des sujets de plus de 65 ans », *L'Encéphale* 32 (4) : 615-621.
14. Ploton L, Gaucher J, Ribes G, Talpin JM, Joubert C, Blanchard F (2003), « La pathologie hystérique ». *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 3 (18) : 28-32.
15. Pellerin J (2004), « Évolution affectives spécifiques au vieillissement ». *La Revue du Praticien* 54 (7) : 717-724.
16. Harwood D, Jacoby R (2006), « Suicide chez les sujets âgés. Encyclopédie médico-chirurgicale », *Psychiatrie*, 37500-A80, Paris, Elsevier Masson.
17. Hanon C, Piquier C, Gaddour N, Saïd S, Mathis D, Pellerin J (2004) « Le syndrome de Diogène, une approche transno-sographique ». *L'Encéphale* 30 (4) : 315-322.
18. De Brucq H, Vital I (2008), « Addictions et vieillissement », *Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillessement*, 6 (3) : 177-182.
19. Mura T, Dartigues JF and Berr C (2010), « How many dementia cases in France and Europe ? Alternative projections and scenarios 2010-2050 », *European Journal of Neurology*, 17 (2) : 252-259.
20. Rapport de la Commission Ministérielle pour le plan concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (2007), Ménard J, *Pour le malade et ses proches, chercher, soigner et prendre soin*.