

Santé psychique à l'âge avancé: il y a davantage à faire!

Gabriela Stoppe

La société occidentale vieillit et c'est essentiellement le résultat des progrès de la médecine. Toutefois, on a souvent l'impression que tous désirent devenir âgés mais qu'aucun ne veut être vieux car les gens ont de fausses idées sur l'âge avancé. On s'en rend particulièrement compte au cabinet médical fréquenté avant tout par la partie malade de la population. Dans une enquête menée auprès de médecins et du personnel soignant à Hanovre et dans les environs, on a montré il y a quelques années qu'être jeune ou vieux était moins en relation avec l'âge chronologique qu'avec les caractéristiques personnelles. Être vieux était associé à lenteur, à la rigidité, à l'impotence et à la dépendance alors qu'être jeune l'était à la flexibilité, à la rapidité, à l'extraversion et à l'activité [1].

Naturellement, les maladies s'accumulent avec l'âge (multimorbidité) et «bien des choses ne vont plus comme avant». Néanmoins, la grande majorité de la population vieillissante vit de manière indépendante, aussi dans cette tranche d'âge. Avec les années, la rapidité de traitement des informations diminue certes tout comme celle de la mémoire de travail ou de la flexibilité cognitive, toutefois les différences entre les individus sont très grandes et ces fonctions peuvent être entraînées. La stabilité émotionnelle et le savoir augmentent avec le temps. De même, la joie de vivre est meilleure à l'âge avancé qu'à l'âge moyen [2].

Les maladies psychiques sont fréquentes de manière générale et cela vaut aussi pour la vieillesse puisqu'elles concernent environ un quart de la population âgée [3, 4]. Les maladies les plus fréquentes sont, outre les démences, les dépressions, les peurs, les troubles du sommeil, le délire et les maladies de la dépendance. Ces maladies entraînent des coûts importants, sept milliards de francs rien que pour les démences en Suisse (www.alz.ch) [5]. Les maladies psychiques apparaissent souvent dans le cadre d'autres incidences, en particulier les maladies physiques (chroniques). A l'instar de tous les groupes d'âge, la comorbidité aussi bien psychique que somatique influence négativement le pronostic comme le diagnostic et le traitement des deux affections. En outre, les troubles simultanés de l'ouïe, de la vue et de la mobilité entravent la vie sociale. La pauvreté, l'isolement et les idées négatives concernant la vieillesse et les maladies psychiques jouent un rôle important.

Par conséquent, les malades psychiques à l'âge avancé ont des exigences en matière de soins bien

Résumé

Les maladies psychiques concernent environ une personne âgée sur trois. Les démences sont les plus connues du public (Alzheimer), cependant des maladies comme la dépression, les peurs et/ou les troubles du sommeil ou le délire ne sont pas moins fréquentes et elles sont d'ailleurs aussi bien traitables. Des études récentes ont mis en évidence des possibilités de prévention très efficaces. Malheureusement, les compétences nécessaires font encore défaut dans le domaine des soins, aussi bien pour le dépistage que pour le diagnostic et le traitement. Cela est particulièrement vrai pour la psychothérapie, efficace aussi chez les personnes âgées. Comme ces dernières présentent souvent une comorbidité physique, les médecins et avant tout les médecins de famille occupent une position clé pour leur apporter une aide appropriée. Il vaut vraiment la peine qu'ils s'engagent dans ce domaine, et pas seulement pour des raisons économiques!

différentes de celles dans les jeunes années. Une femme malvoyante vivant seule envisagera-t-elle une psychothérapie pour ses peurs? Une patiente séjournant dans un home médicalisé bénéficiera-t-elle d'une psychothérapie? Ces questions montrent déjà combien les structures de soins dépendent du setting et des différences d'âge et combien peu de la pure indication. Une maladie psychique signifie aussi souvent une grande impotence et dépendance, lesquelles sont le creuset de l'abandon, de l'abus et de la violence qui sont souvent des thèmes tabous [6].

La question est donc de savoir comment faire parvenir les compétences nécessaires aux patientes. A cet égard, les échanges supra-disciplinaires sont certainement aussi importants. La médecine palliative, la prise en charge des patientes atteintes de démence, la médecine des dépendances et l'aide à la vieillesse doivent développer ensemble des concepts. Il est important à cet effet que les professionnels de la santé soient suffisamment compétents aussi bien sur le plan qualitatif que quantitatif. Bien avant les

Liens d'intérêts:

L'auteure écrit en tant que responsable du groupe de travail Santé mentale et population vieillissante de Swiss Public Health et en tant que présidente de la section Old Age Psychiatry de la World Psychiatric Association. Il n'existe, en l'occurrence, aucun conflit d'intérêts.

Seule la forme féminine est utilisée dans le texte pour des raisons de lisibilité, de prise en compte de la féminisation de la médecine et du fait que les femmes âgées sont une majorité. Bien entendu, les hommes sont toujours aussi pris en compte.

Correspondance:

Prof. Gabriela Stoppe
Cliniques psychiatriques
universitaires
Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4012 Bâle
Tél. 061 325 56 46
Fax 061 325 55 82

[gabriela.stoppe\[at\]junibas.ch](mailto:gabriela.stoppe[at]junibas.ch)

autres pays, la Suisse est exemplaire dans la mesure où elle a veillé, avec les qualifications en gériatrie comme en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée, à ce que les patientes puissent savoir quels sont les médecins particulièrement compétents dans leur cas. Toutefois, il reste encore énormément à faire, ici aussi.

L'âge et les maladies psychiques placent aussi les hôpitaux et les homes médicalisés toujours plus devant des problèmes particuliers. Environ 12% des patientes hospitalisées souffrent de démence et il n'est pas rare qu'elles développent un délire. Il convient d'adopter une démarche particulière, par exemple en ce qui concerne la prise en considération de la capacité de consentement, éventuellement perturbée [7]. L'hôpital adapté aux démences est donc un sujet d'avenir. Dans les homes médicalisés, les démences mais aussi les dépressions touchent plus de 50% des résidents. Le personnel est-il suffisamment formé? Y a-t-il des moyens thérapeutiques à disposition? Voici quelques maladies et problèmes présentés de manière concise.

Démences

Les maladies dites de démence touchent au moins 8% des personnes âgées de plus de 65 ans et elles augmentent avec les années de manière exponentielle en ce qui concerne leur prévalence. En général, elles ne sont toujours pas diagnostiquées à leur stade précoce, mais plutôt tardivement ou pas du tout. D'après différentes enquêtes, les personnes atteintes de démence sont médicalement moins bien soignées que les autres. On a aussi souvent constaté un traitement médicamenteux erroné avec trop de psychotropiques et pas assez de médicaments contre la démence [8].



Les maladies psychiques concernent environ une personne âgée sur trois.

Délire

Le délire apparaît notamment dans les hôpitaux et sa fréquence augmente, ici aussi, avec l'âge. D'après des études réalisées à l'Hôpital universitaire de Bâle, plus de 30% des patients âgés sont concernés [9]. Dit simplement, le délire apparaît lorsque l'organisme est trop sollicité. Là où l'on applique des programmes de prévention, on arrive à en diminuer la fréquence au moins de moitié et ce, à un coût très bas (www.delir.info).

Dépression

C'est la maladie psychique la plus fréquente, aussi chez les personnes âgées. Selon le degré de gravité, 10 à 20% de la population souffrent d'une dépression. De nombreux facteurs de risques peuvent être traités de manière préventive, en particulier les troubles du sommeil persistants, l'isolement ou la pauvreté. Les résultats thérapeutiques et les perspectives de succès sont tout aussi bons que pour des personnes plus jeunes [10].

Peurs

Ces peurs apparaissent aussi chez 3 à 14% des personnes âgées. La plupart a des phobies spécifiques mais aussi des troubles phobiques généralisés. Dans la majorité des cas, il s'agit de patients qui ont vieilli avec des maladies phobiques puisque 90% d'entre eux ont développé ces peurs avant l'âge de 40 ans. Un début plus tardif peut découler de maladies physiques. C'est également valable pour les dépressions.

Une forme particulière de peur à l'âge avancé est celle de la chute. Chose intéressante: cette peur n'est pas seulement la conséquence d'une chute mais au moins tout autant un facteur de risque pour des chutes [11].

Troubles du sommeil

Ces troubles apparaissent toujours plus fréquemment avec l'âge et concernent presque un patient sur deux après 65 ans. La majorité a des problèmes pour dormir toute la nuit, puis viennent ceux qui se réveillent trop tôt et ceux qui ont de la peine à s'endormir. Outre une anamnèse soignée du sommeil, il est recommandé d'observer l'hygiène du sommeil. Les troubles associés au sommeil tel que le syndrome de l'apnée du sommeil ou l'agitation motrice croissante nécessitent un traitement médical approprié [12].

Alcoolisme

En général, les problèmes de dépendance deviennent plus rares avec l'âge. Des études effectuées en Allemagne montrent que chez les personnes âgées de plus de 75 ans, 6,5% boivent de manière risquée (plus de 20g chez les femmes et 30g chez les hommes). La consommation d'alcool devient dommageable chez 0,8% d'entre elles. Dans les homes médicalisés, le buveur à risque est plus rare en comparaison, mais on y hospitalise plus souvent des personnes souffrant de

séquelles dues à une consommation dommageable, par exemple avec le syndrome de Korsakoff ou la démence due à l'alcool. Ici, le nombre d'hommes touchés est multiple par rapport aux femmes [4].

Suicide

Un problème particulier touchant les personnes âgées est constitué par le taux élevé de suicide. Même si les hommes meurent jusqu'à trois fois plus souvent d'un suicide que les femmes, une femme sur deux âgée de plus de 60 ans envisage le suicide [13]. L'Office fédéral de la statistique a publié récemment des chiffres au sujet des cas de décès attribués au suicide par l'assistance au décès, soit le suicide assisté. Dans ce contexte, on observe une tendance alarmante, à savoir que «l'assistance au décès» devient apparemment de plus en plus une méthode pour se suicider.

Conjointement avec le groupe de travail «Population vieillissante» de Swiss Public Health, nous avons cherché ces dernières années à collecter des expériences et des idées pour améliorer la prévention du suicide à l'âge avancé. Celles-ci ont été publiées récemment et sont disponibles en allemand sur Internet (http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/mental/Positionspapier_Suizidpraevention_im_Alter__D_def.pdf). Contrairement à une opinion très répandue, les suicides sont rarement des suicides de bilan, aussi dans la vieillesse. Ils dépendent très fréquemment de situations de vie difficiles et non pas de dépressions mal soignées. En octobre 2012, nous organiserons un «Forum Prévention du suicide chez la personne âgée». Il s'agira d'examiner ce thème de manière pluridisciplinaire et de mieux le faire connaître au public.

En résumé, la population vieillissante représente un défi pour la prise en charge des maladies psychiques. Il faut élargir les offres psychothérapeutiques, adapter les structures de soins aux besoins spécifiques des personnes âgées, d'autant plus que des modèles efficaces et largement acceptés existent (voir ci-avant et [14, 15]). C'est ce que révèle aussi le rapport établi sur mandat de Promotion Santé Suisse et du Pour-cent culturel Migros «Via – Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées» (www.gesundheitsfoerderung.ch/via). Les initiatives sont nombreuses dans ce domaine et j'aimerais encourager tous les médecins à s'y engager. Finalement, c'est en particulier à nous, médecins, de nous occuper de la population vieillissante parce qu'à cet âge, les problèmes psychiques vont rarement sans des problèmes physiques. Et il est prouvé que des sentiments positifs à l'âge avancé prolongent la vie [16].

Références

- Flick U, Walter U, Fischer C, Neuber A, Schwartz FW. Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften. Basel Bern: Huber; 2004.
- Baltes PB, Staudinger UM, Lindenberger U. Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Ann Rev Psychology*. 1999; 50: 471–507.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Johnsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21:655–79.
- Weyerer S. Nicht nur Demenz: Häufigkeit psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. In: Stoppe G (Hrsg.) Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2011, S. 9–18.
- Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Johnsson B; CDBE2010 study group; European Brain Council. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol*. 2012;19:155–62.
- Hirsch RD. Gewalt gegen alte Menschen: handeln statt misshandeln. In: Stoppe G (Hrsg.) Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2011 S. 275–86.
- Peisah C, Finkel S, Shulman K, Melding P, Luxenberg J, et al. for the International Psychogeriatric Association Task Force on Wills and Undue Influence. The wills of older people: risk factors for undue influence. *Int Psychogeriatr*. 2009;2:7–15.
- Waldemar G, Phung KTT, Burns A, Georges J, Hansen FR, Iliffe S, et al. Access to diagnostic evaluation and treatment for dementia in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22: 47–54.
- Hasemann W, Kressig RW, Ermini-Fünfschilling D, Pretto M, Spirig R. Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien. *Pflege* 2007;20: 191–204.
- Stoppe G. Depression im Alter. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz?*. 2008;51: 406–10.
- Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety*. 2010;27: 190–211.
- Staedt J. Schlafstörungen im Alter: Insomnie, Erkennung, Prävention und Behandlung. In: Stoppe G (Hrsg.) Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2011, S. 49–54.
- Schaller A, Schmidtke S. Suizidalität: Epidemiologische Befunde, Probleme und Schlussfolgerungen für die Prävention. In: Stoppe G (Hrsg.): Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Herausforderungen für die Versorgungsforschung. 3. Report Versorgungsforschung. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2011, S. 39–48.
- Maercker A, Enzler A, Grimm G, Helfenstein, Ehlert U. Inanspruchnahme und Psychotherapiemotivation in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über 65jähriger – Ergebnisse der Zürcher Altersstudie. *Psychotherap Psychosom Med Psychol*. 2005;55: 177–82.
- Van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, van der Horst HE, Smit F, Cuijpers P, et al. Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months: a pragmatic randomized trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011; 19: 230–9.
- Steptoe A, Wardle J. Enjoying life and living longer. *Arch Intern Med*. 2012;172:273–5.