



HAL
open science

Préserver et prendre en soins la santé mentale de nos aîné-es

Thierry Gallarda

► **To cite this version:**

Thierry Gallarda. Préserver et prendre en soins la santé mentale de nos aîné-es. Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2024, 42. hal-04904464

HAL Id: hal-04904464

<https://hal.science/hal-04904464v1>

Submitted on 21 Jan 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Bien vieillir

Session 3 : Lien social et santé mentale

Préserver et prendre en soins la santé mentale de nos aîné-es

Thierry Gallarda

Chef de service des secteurs 17 & 18 et du service de psychiatrie de l'adulte âgé, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Site Hôpital Sainte-Anne, Paris.

Résumé

Les troubles psychiques chez les personnes âgées se caractérisent principalement par des dépressions et des troubles bipolaires d'apparition tardive, souvent associés à des maladies neurodégénératives, avec des symptômes dépressifs pouvant masquer des douleurs somatiques, rendant le diagnostic complexe. Les tentatives de suicide, souvent graves, révèlent des sentiments de regret et de solitude, tandis que des cas de psychoses vieilles et de troubles délirants compliquent la prise en charge en raison d'un manque de structures adaptées. Les addictions tardives, comme celles à l'alcool et aux benzodiazépines, entraînent honte et isolement. La distinction entre dépression et démence est facilitée par des outils diagnostiques modernes, et les consultations mémoire cruciales pour les patients et leurs familles. Le soutien aux aidants est vital pour prévenir l'épuisement et les problèmes de santé qui en découlent. L'isolement des personnes âgées, aggravé par la dispersion géographique de leurs proches et la précarité croissante, pose des défis majeurs. Toutefois, des initiatives prometteuses, comme la reconnaissance de la psychiatrie gériatrique, les collaborations entre hôpitaux et EHPAD, et le déploiement d'infirmières en pratique avancée, mettent en lumière la nécessité d'une approche interdisciplinaire face au vieillissement de la population.

Mots-clefs

Dépression – Addictions – Isolement – Aidants.

Abstract

Psychiatric disorders in elderly individuals are primarily characterized by late-onset depression and bipolar disorders, often associated with neurodegenerative diseases, with depressive symptoms sometimes masking somatic pain, complicating diagnosis. Suicide attempts, which are often serious, reveal feelings of regret and loneliness, while cases of aging-related psychoses and persistent delusional disorders complicate care due to a lack of appropriate facilities. Late-onset addictions, such as those to alcohol and benzodiazepines, lead to shame and isolation. Modern diagnostic tools facilitate the distinction between depression and dementia, and memory consultations are crucial for patients and their families. Supporting caregivers is vital to prevent exhaustion and associated mental health issues. The isolation of elderly dependent individuals, exacerbated by the geographical dispersion of their relatives and increasing precariousness, poses significant challenges. However, promising initiatives, such as recognizing geriatric psychiatry, collaborations between hospitals and nursing homes, and deploying advanced practice nurses, highlight the need for an interdisciplinary approach to address the aging population.

Keywords

Depression – Additions – Isolation – Caregivers.

Je dirige un service de psychiatrie adulte qui couvre le territoire du 16^e arrondissement de Paris. Cependant, depuis de nombreuses années, je travaille également au sein d'une structure non sectorisée dédiée à la prise en charge des intrications entre les pathologies psychiatriques et neurologiques chez les adultes âgés, notamment les maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer. Cette structure est animée par plusieurs collaborateurs, dont le Dr Moussion, le Dr Wertenschlag, le Dr Chêne ainsi qu'une équipe paramédicale de trois infirmières dont Christelle Duquef, infirmière en pratique avancée (IPA). Ensemble, nous intervenons à l'interface entre psychiatrie, neurologie et gériatrie ce qui nous permet d'aborder les problèmes complexes liés à ces pathologies.

L'hôpital Sainte-Anne du GHU Paris psychiatrie et neurosciences, où nous exerçons, est un observatoire privilégié de la psychiatrie des adultes âgés. Depuis plusieurs années, nous constatons une augmentation significative du nombre de patients âgés, voire très âgés, au-delà de 85 ans, admis pour des gestes suicidaires actifs, des mises en danger à leur domicile ou encore des troubles sévères du comportement, souvent en lien avec des situations de précarisation. Ces admissions en structure spécialisée avec ou sans le consentement des patients témoignent de la gravité des problématiques de santé mentale chez les personnes âgées et du lien majeur entre isolement, précarité sociale et détresse psychique.

Les spécificités symptomatiques des troubles psychiques chez l'adulte âgé

Les troubles psychiques que nous rencontrons chez les personnes âgées se caractérisent par une prédominance des troubles affectifs, notamment des dépressions et des troubles bipolaires. Ces troubles peuvent apparaître tôt dans la vie, souvent dès la fin de l'adolescence, mais ils peuvent aussi survenir de manière beaucoup plus tardive, après la retraite, vers 60 ou 70 ans. Ces dépressions ou troubles bipolaires d'apparition tardive sont souvent associés à des débuts de maladies neurodégénératives ou neurovasculaires, ce qui nous incite à mener des investigations neurologiques et cognitives plus poussées afin d'ajuster au mieux les thérapeutiques et d'établir un pronostic.

Il est également fréquent que les symptômes dépressifs chez les personnes âgées se manifestent sous forme de plaintes somatiques. Un patient âgé qui souffre de dépression peut se concentrer de manière excessive sur des symptômes physiques, tels que des douleurs abdominales, des troubles de l'équilibre, des symptômes urinaires ou encore cardiovasculaires qui masquent une dépression sous-jacente. Ces plaintes somatiques compliquent le diagnostic, surtout lorsqu'elles coexistent avec des maladies physiques caractérisées telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertrophie prostatique... Cela nécessite une approche conjointe entre la médecine somatique et la psychiatrie, ce qui n'est pas toujours facile dans les situations convoquant un certain degré de complexité dans un système de santé trop souvent cloisonné.

Tentatives de suicide et troubles délirants

Les tentatives de suicide constituent une autre problématique majeure en psychiatrie de l'adulte âgé. Ces gestes sont souvent graves (tentatives de pendaison, électrocution, déféstration, noyade, ou surdosage de médicaments toxiques) et nécessitent fréquemment une hospitalisation sans consentement en urgence ou à la demande d'un tiers familial. Souvent, ces patients expriment le regret de ne pas avoir « réussi » leur geste suicidaire, contraignant les urgentistes et les psychiatres à prendre les mesures de soins sous contrainte que je viens d'évoquer. Cependant, après quelques jours d'hospitalisation, à distance de la crise, ces mesures sont généralement levées une fois que l'on a pu élucider les raisons du geste suicidaire et initier un dialogue et une alliance thérapeutique. La crainte de la déchéance et la douleur de la solitude sont volontiers mises en avant pour rendre compte du désir de mourir.

Nous rencontrons également des cas de « psychoses vieilles », notamment des patients schizophrènes ayant progressivement perdu leur réseau familial de soutien confrontés à une perte d'autonomie : décès des parents, tensions avec les fratries du fait de la maladie, complications médicales par défaut d'accès aux soins, complications liées aux addictions... Ces patients se retrouvent souvent dans une grande précarité, sans solution d'aval adaptée à leur profil, « captifs » d'une institution psychiatrique qui a perdu sa fonction « asilaire ». Au gré des mouvements de « déshospitalisation » et de fermetures massives de lits, leur prise en charge devient complexe en raison du manque criant de structures spécialisées capables de répondre à leurs besoins chroniques et de délais d'admission démesurément prolongés.

Les troubles délirants persistants, ou paranoïas, sont aussi fréquents chez les adultes âgés. Ces patients développent insidieusement des croyances délirantes autour de leur voisinage (par exemple, ils croient que leur voisin les agresse avec des ondes, tente de les empoisonner ou s'introduit chez eux pour leur voler des objets). Ces délires peuvent durer des mois avant de provoquer des troubles graves du comportement, voire des agressions, alors que l'envahissement délirant devient paroxystique. Ils peuvent aussi conduire à des plaintes répétées auprès des autorités, ce qui ajoute une dimension judiciaire à leur prise en charge. Enfin, ces symptômes peuvent être inauguraux de maladies neurodégénératives, ils sont alors souvent transitoires, s'atténuant avec la progression du déficit.

Addictions tardives

Nous observons également l'apparition de troubles addictifs chez des personnes âgées qui n'avaient jamais présenté de tels comportements auparavant. Ces addictions concernent principalement l'alcool, les benzodiazépines, ou les antalgiques majeurs, ces derniers représentant un danger particulier en cas de surdose mais aussi de sevrage. Nous voyons également des cas d'addictions aux jeux, notamment chez des personnes âgées isolées, qui peuvent les mener à des pertes financières importantes. Ces comportements, souvent tus par honte, ne font qu'aggraver l'isolement et la culpabilité des patients.

Démence (ou trouble neurocognitif majeur) et dépression

La frontière entre dépression et démence est un sujet central en psychiatrie gériatrique. Il est parfois difficile de déterminer si un patient âgé souffrant de troubles de la mémoire est en train de développer une maladie d'Alzheimer ou s'il s'agit simplement de symptômes anxio-dépressifs s'exprimant par une plainte mnésique. Le diagnostic différentiel peut demeurer complexe, mais nous disposons aujourd'hui d'outils diagnostiques plus précis (imagerie cérébrale structurale ou fonctionnelle, tests neuropsychologiques, biomarqueurs du liquide céphalorachidien) pour distinguer ces deux états dans la plupart des cas.

Bien que les traitements actuels pour les maladies neurodégénératives au premier rang desquelles la maladie d'Alzheimer, aient montré leurs limites, les plans Alzheimer successifs, lancés il y a quelques années, ont permis de structurer la prise en charge de ces patients en France. Ces plans ont notamment facilité le développement des consultations mémoire, dans leurs différentes gradations (consultation mémoire de proximité, de territoire, de ressources et de recherche) qui jouent un rôle crucial dans le diagnostic et l'accompagnement des patients atteints de maladies neurodégénératives et de leurs aidants.

La place des aidants

De fait, un autre aspect essentiel de la prise en charge des adultes âgés est le soutien aux aidants. Qu'il s'agisse de conjoints ou d'enfants, les aidants sont souvent épuisés par la charge de soin à laquelle ils sont confrontés et peuvent eux-mêmes développer des problèmes de santé mentale (addictions, troubles anxieux...), voire des conduites suicidaires. De même, il n'est pas rare que l'épuisement psychique conduise à la décompensation d'une maladie somatique dont les soins ont été secondarisés. Il est donc crucial de leur fournir un accompagnement adapté, tant sur le plan psychologique qu'organisationnel.

Isolement et précarité

En France comme dans la plupart des sociétés occidentales, l'isolement des personnes âgées est un problème majeur. Le vieillissement s'accompagne souvent d'une dilution des liens intergénérationnels, en raison de la mobilité géographique des jeunes générations. Les grands-parents se retrouvent fréquemment seuls, avec des enfants et petits-enfants dispersés à travers le monde, ce qui contribue à un sentiment d'isolement d'autant plus prégnant qu'ils éprouvent une vive culpabilité à solliciter leurs familles et un vécu de honte lorsque la sollicitation émane des personnels soignants face à des situations très dégradées.

La précarité touche également de plus en plus de personnes âgées, notamment dans les grandes villes comme Paris où la flambée des prix de l'immobilier contraint à un exode en région diversement vécu. Dans certains quartiers, des personnes âgées vivent ainsi dans des conditions très dégradées, comme des « chambres de bonne » vétustes, mal équipées, et ces situations incarnées dans « le syndrome de Diogène » mènent souvent à des hospitalisations psychiatriques et à des orientations en institutions. Lorsque ces personnes se retrouvent dans des situations de telle précarité qu'un retour à domicile dans des conditions minimales de sécurité est devenu inenvisageable, elles finissent par être admises en urgence à l'hôpital, trop souvent orientées en psychiatrie, selon le principe de la « sectorisation » faute d'alternatives plus satisfaisantes.

Initiatives et perspectives

Malgré ces défis majeurs, il existe des initiatives positives. En France, la spécialité de psychiatrie de la personne âgée a enfin été reconnue dans la formation des internes en psychiatrie. Par ailleurs, des conventions entre hôpitaux et EHPAD comme celle mise en place entre notre GHU et la Ville de Paris permettent désormais d'accueillir des patients psychiatriques en perte d'autonomie dans des établissements adaptés, peu familiers de ce profil de résidents et d'acculturer les soignants du secteur médico-social à la psychiatrie.

Le déploiement des infirmières en pratique avancée (IPA) est également une avancée importante. Ces infirmières jouent un rôle clé dans la coordination des soins, notamment en géro-psycho-geriatrie, et permettent de maintenir à domicile des patients âgés souffrant de troubles psychiques. Elles se voient également déléguer des missions de suivi, tant des patients que de leurs aidants et des renouvellements de prescriptions de psychotropes mais aussi d'examen complémentaires.

Enfin, la coopération internationale offre aussi des perspectives intéressantes. Depuis plusieurs décennies, nous collaborons avec des collègues vietnamiens sur des questions de pédopsychiatrie et de géro-psycho-geriatrie, deux domaines particulièrement pertinents dans le contexte du vieillissement démographique mondial. Ces échanges culturels inscrits dans la durée s'avèrent particulièrement féconds.

Conclusion

La psychiatrie de l'adulte âgé est un domaine en pleine évolution, confronté à des défis majeurs, médicaux, sociétaux et politiques. Le vieillissement inexorable de la population nous oblige à repenser les modalités de la prise en charge des troubles psychiques chez les personnes âgées. Le développement des approches interdisciplinaires renforçant les liens entre santé mentale, neurologie, gériatrie et soins communautaires (médecine générale) offre des perspectives d'innovation des trajectoires de soins.

Thierry Gallarda