



Le tsunami gris à prévoir en psychiatrie

Maria Di Tomasso

À la suite de changements de comportement et de personnalité importants, M^{me} L., 82 ans, a été amenée à l'urgence par sa fille. Avant son admission à l'hôpital, elle vivait seule dans son appartement et était autonome. Sa fille s'inquiétait du fait que sa mère avait perdu son intérêt pour la natation, la cuisine et certaines de ses autres activités préférées. M^{me} L. présentait aussi des symptômes cognitifs légers, comme des pertes mnésiques (elle oubliait, par exemple, de prendre ses médicaments antihypertenseurs) et des difficultés pour les fonctions d'exécution (par exemple, elle avait du mal à organiser son horaire). Au moment de l'examen, M^{me} L. s'est montrée anxieuse, irritable et préoccupée par ses affaires financières.

LES PERSONNES de 80 ans ou plus représentent le groupe démographique dont la croissance est la plus rapide au Canada¹. D'ici 2016, les aînés compteront pour près d'un cinquième de la population du pays. Cette charge économique est considérable, notamment en raison des multiples coûts directs et indirects des soins de santé, dont des sommes importantes pour les services et les soins en santé mentale. Par ailleurs, le coût psychologique de la souffrance humaine chez les patients âgés et leur famille est incommensurable. Il est donc essentiel de comprendre clairement les défis diagnostiques et les considérations pharmacothérapeutiques propres aux soins psychiatriques des aînés.

Le diagnostic et la prise en charge des personnes âgées sont compliqués et pluridimensionnels. Les symptômes cliniques de la maladie psychiatrique se confondent souvent avec ceux d'une affection physique, les modifications du corps et du cerveau liées à l'âge pouvant entraîner des tableaux atypiques. En outre, les patients âgés sont particulièrement sensibles aux effets

indésirables des médicaments employés en psychiatrie². Par conséquent, ils font souvent l'objet d'un diagnostic erroné et ne reçoivent pas le traitement approprié, d'où une morbidité et une mortalité accrues. Les trois troubles psychiatriques les plus fréquents dans cette population sont : la démence, le délire et la dépression, « les trois D », comme on les désigne souvent. La dépression étant le trouble le plus prévalent, nous en traiterons de façon exhaustive.

Quels sont les diagnostics spécifiques en gérontopsychiatrie ?

Évaluation générale et lignes directrices en matière de diagnostic

Au moment de l'évaluation de la personne âgée et du diagnostic, il est important de porter attention à un certain nombre d'éléments cruciaux. En premier lieu, le médecin doit obtenir, à la fois du patient et de sa famille (et d'autres sources pertinentes), les antécédents personnels et médicaux complets. Au cours de cette étape initiale de la collecte d'information, il doit vérifier l'usage antérieur et actuel de drogues licites (boissons alcooliques, par exemple) et illicites (comme la cocaïne), de médicaments d'ordonnance et en vente libre ainsi que de traitements de phytothérapie et de suppléments naturels. Les aînés prennent souvent une

La D^{re} Maria Di Tomasso, gérontopsychiatre, exerce à l'unité d'admission et de soins médicaux de l'Institut Douglas et est professeure adjointe à l'Université McGill, à Montréal.

Les modifications du corps et du cerveau liées à l'âge peuvent entraîner des tableaux atypiques.

Repère

Encadré 1

Caractéristiques des processus pharmacocinétiques chez le patient âgé^{2,10}

- ⊗ Diminution de l'absorption gastro-intestinale qui élève le pH gastrique et réduit la surface d'absorption dans l'intestin grêle.
- ⊗ Diminution de l'eau corporelle : les médicaments hydrophiles ont donc un volume de distribution moindre et doivent être prescrits selon une posologie plus modérée.
- ⊗ Augmentation de la masse adipeuse : les médicaments lipophiles ont un volume de distribution plus grand et doivent être utilisés plus judicieusement (ex. : diazépam).
- ⊗ Diminution de la capacité du foie de métaboliser les médicaments par les processus d'oxydation et de déméthylation de phase I. Par contre, les processus de conjugaison de phase II ne sont pas touchés. Les médicaments métabolisés par conjugaison (lorazépam et oxazépam) sont donc préférables aux autres benzodiazépines.
- ⊗ Diminution de la fonction rénale et de la clairance de la créatinine. Ce processus allonge la demi-vie des médicaments métabolisés par les reins. Il faut donc utiliser une posologie plus faible (ex. : mémantine, lithium) afin d'éviter une accumulation progressive du médicament dans l'organisme et des effets toxiques.

panoplie de médicaments qui, seuls ou en association avec d'autres substances, peuvent jouer un grand rôle dans les problèmes médicaux et psychiatriques. Par exemple, le délire d'une personne âgée peut être attribuable à une maladie physique, à une drogue comme l'alcool ou encore à une interaction entre divers médicaments d'ordonnance. Outre l'évaluation complète des antécédents du patient, le clinicien doit demander des analyses de laboratoire pour écarter la carence en vitamine B₁₂, la syphilis, l'hypothyroïdie, l'anémie, les anomalies électrolytiques ainsi que l'insuffisance rénale ou hépatique.

Le médecin doit également faire passer un test de dépistage cognitif au patient, comme le minixamen de l'état mental (Mini-Mental State Examination ou MMSE ou test de Folstein)³ ou l'évaluation cognitive de Montréal (Montreal Cognitive Assessment ou MoCA)⁴ (voir l'article des D^{res} Willine R. Rozefort et Huguette Bélanger intitulé : « Des outils diagnostiques et thérapeutiques – Comment les démêler sans trop se mêler ? », dans le présent numéro). On recommande également d'autres tests cognitifs, comme le test de l'horloge, pour évaluer les atteintes visuospatiales et celles de la fonctions exécutives. En plus des tests cognitifs, il est important de recourir à la neuro-imagerie (tomodensitométrie, IRM ou autres), à un outil de dépistage de la dépression (comme l'échelle

de dépression gériatrique ou GDS)⁵ ainsi qu'à une évaluation fonctionnelle des activités de la vie quotidienne (préparation des repas, hygiène personnelle, etc.). Tout changement de l'état fonctionnel pourrait être le premier indice d'une maladie psychiatrique et avoir la même importance que le diagnostic dans le suivi des progrès thérapeutiques.

Au moment de faire l'évaluation du patient âgé, le clinicien doit avoir en tête la liste des diagnostics différentiels les plus fréquents, soit la démence, le délire et la dépression. L'évolution chronologique des symptômes psychiatriques apporte aussi des indices diagnostiques. Par exemple, des symptômes psychiatriques aigus ou qui coïncident avec des symptômes physiques nouveaux peuvent indiquer un délire ou une maladie organique. Outre la chronologie, la nature et la modalité des symptômes psychiatriques peuvent aider le clinicien à faire la distinction entre les symptômes psychiatriques et organiques. En voici quelques exemples : 1. les hallucinations visuelles ou olfactives orientent généralement le diagnostic vers un trouble organique ; 2. les réveils matinaux précoces constituent un symptôme classique de dépression alors que les réveils nocturnes répétés relèvent souvent d'une hypertrophie bénigne de la prostate, d'une douleur chronique ou d'un reflux gastro-œsophagien grave⁶.

Le diagnostic de dépression

Parmi les « trois D », la dépression est l'entité la plus courante. Bien que les critères diagnostiques de la dépression majeure du DSM-IV-TR⁷ ne varient pas selon les groupes d'âge, la dépression chez les personnes âgées obéit à une configuration particulière distincte. Il est donc important de reconnaître les diverses sous-catégories cliniques de la dépression souvent présentes chez les aînés.

La « dépression sans tristesse »

Le patient âgé peut ne pas ressentir de tristesse, mais plutôt une anhédonie, une absence de motivation et d'émotion, de l'anxiété ou encore des symptômes somatiques sans explication médicale⁸.

La dépression associée à une maladie physique chronique

Les patients peuvent attribuer leurs symptômes thymiques vagues à des maladies physiques coexistantes, ce qui les amènera à consulter fréquemment leur mé-

decin de famille. Il devient alors très difficile de dé-partager les symptômes dépressifs des symptômes organiques, ce qui peut constituer un véritable défi pour le médecin. Les symptômes neurovégétatifs (modifications du sommeil, de l'appétit, de l'énergie et de la libido) ne sont pas toujours des indicateurs fiables de dépression chez les gens âgés, car ils peuvent avoir pour cause des maladies physiques ou faire partie du processus de vieillissement. Poser des questions sur le désespoir, la culpabilité et l'estime de soi peut aider le clinicien à trancher si les symptômes s'intègrent à un épisode dépressif. Il est également impérieux de se rappeler que la douleur chronique est fréquente chez les personnes âgées et qu'elle peut causer de l'anxiété et de la dépression, tout en augmentant le risque de suicide.

La dépression associée à la démence réversible

Des symptômes cognitifs, comme les pertes mnésiques ou les difficultés de concentration et d'apprentissage, peuvent coexister avec la dépression. Parfois, les pertes de mémoire peuvent constituer la principale plainte du patient âgé plutôt que les symptômes liés à l'humeur. On croyait auparavant que ces déficits cognitifs étaient bénins et réversibles et on parlait alors de « pseudodémence ». Or, on sait maintenant que ces patients ont des atteintes cérébrales sous-jacentes que la dépression « met au jour » et qu'ils risquent de souffrir de démence ultérieurement. Les symptômes dépressifs peuvent alors être la manifestation la plus précoce d'une affection démentielle. C'est le cas, en particulier, lorsque le premier épisode dépressif survient à un âge avancé et que la dépression est grave et associée à un ralentissement psychomoteur ou à une psychose.

La dépression vasculaire⁹

Il s'agit d'une forme de dépression associée à une maladie vasculaire cérébrale sous-jacente (tant les infarctus corticaux que la maladie microvasculaire chronique). Les patients sont atteints d'un syndrome clinique particulier de ralentissement psychomoteur, d'apathie et de dysfonctionnement exécutif (notamment des difficultés dans la planification, l'organisation et la mise en action du comportement). Il est par-

Encadré 2

Lignes directrices générales pour la prescription de médicaments psychotropes chez la personne âgée²

- Toujours recourir en premier lieu aux mesures non pharmacologiques.
- Choisir un médicament en fonction de son profil d'effets indésirables.
- Obtenir plus avec moins : cesser un médicament peut être bénéfique dans le cas où le diagnostic n'est pas clair.
- Commencer par une faible dose, puis augmenter lentement, et peut-être continuer jusqu'à la dose thérapeutique : commencer par la demie ou le tiers de la posologie initiale usuelle. Certains patients âgés auront besoin de la pleine dose thérapeutique.
- Un traitement trop faible peut être tout aussi problématique qu'un traitement excessif.
- Simplifier la posologie à une prise ou deux par jour au maximum.
- Commencer par un seul nouveau médicament et effectuer un seul changement de posologie à la fois.
- Éviter d'utiliser un médicament pour traiter les effets indésirables d'un autre.
- Pratiquer l'observation attentive : les patients âgés ont un temps de réponse plus long. Employer la posologie thérapeutique minimale et attendre la réponse. Par exemple, pour la dépression, le patient âgé peut prendre au moins six semaines à réagir au médicament et jusqu'à douze semaines pour obtenir une amélioration notable.
- Poursuivre le traitement antidépresseur, après un résultat thérapeutique important, pendant au moins un an chez les patients atteints de dépression légère ou ayant eu un premier épisode dépressif et pendant deux ans dans les cas plus graves ou de rechute.

fois difficile de dépister les déficits de la fonctions exécutives, car ils ne sont pas toujours accompagnés de problèmes mnésiques. Ce sont toutefois ceux qui réduisent le plus l'autonomie de la personne et qui constituent aussi un facteur prédictif d'une mauvaise réponse aux médicaments antidépresseurs⁹.

La dépression légère

La dépression légère embrasse les états dépressifs se situant sous le seuil des critères de la dépression majeure du *DSM-IV-TR*. Ce diagnostic peut être établi lorsqu'un patient a au plus deux symptômes de dépression, l'un d'eux devant être soit la perte d'intérêt, soit l'humeur dépressive. Les symptômes de la dépression légère justifient la même attention clinique que ceux de la dépression majeure du fait qu'ils peuvent

Commencer par une faible dose, puis augmenter lentement, mais ne pas arrêter : commencer par la demie ou le tiers de la posologie initiale usuelle. Certains patients auront besoin de la pleine dose thérapeutique.

Repère

Tableau I

Effets indésirables des ISRS chez le patient âgé^{10,11}

Effets indésirables	Commentaires
ISRS*	
Syndrome d'hypersécrétion d'hormone antidiurétique	<ul style="list-style-type: none">● Syndrome présent chez jusqu'à 20 % des patients âgés, généralement dans le premier mois du traitement¹⁰.● Augmentation du risque chez les patients prenant des diurétiques.● Normalisation du taux de sodium : peut prendre des jours, voire des semaines après l'arrêt du médicament.● Soupçonner l'hyponatrémie en présence d'une détérioration subite de l'état du patient ou d'une confusion apparaissant après le début du traitement.● Doser les électrolytes au début et après un mois de traitement.
Hémorragie gastro-intestinale	<ul style="list-style-type: none">● Les ISRS peuvent épuiser la sérotonine stockée dans les plaquettes et provoquer des saignements sous forme de méléna, d'hémorragie rectale ou d'ecchymoses.● Augmentation du risque d'hémorragie chez les patients qui prennent des anti-inflammatoires non stéroïdiens conjointement avec des ISRS.
Dysfonctionnement moteur	<ul style="list-style-type: none">● Risque d'akathisie et de parkinsonisme.
Chutes	<ul style="list-style-type: none">● Augmentation du risque de chutes chez les patients en centre d'hébergement, même à des posologies faibles.
Fractures	<ul style="list-style-type: none">● Augmentation du risque de fractures par action sur le métabolisme osseux en raison de la modification de la formation et de la résorption osseuse.
Arrythmies cardiaques	<ul style="list-style-type: none">● Possible dysfonctionnement cardiaque en raison des interactions médicamenteuses, dont le cytochrome P450 est un médiateur.● Inhibition de l'isoenzyme CYP2D6 par la fluoxétine et la paroxétine, ce qui élève la concentration des bêtabloquants et des antiarythmiques de classe 1C.● Mise en garde de Santé Canada à l'égard du citalopram. Ce médicament peut causer un allongement de l'intervalle QT et ne devrait pas être prescrit à des posologies supérieures à 20 mg par jour chez le sujet âgé¹¹.

* Les ISRS (citalopram, escitalopram ou sertraline) sont préférables à la fluvoxamine, à la fluoxétine ou à la paroxétine en raison de leur profil pharmacocinétique favorable et parce qu'ils sont moins susceptibles de produire des interactions médicamenteuses.

causer des effets comparables en ce qui a trait à l'atteinte fonctionnelle, à l'invalidité et à la détérioration de la qualité de vie.

Quelles sont les considérations particulières pour la pharmacothérapie ?

La pharmacocinétique

Avant de prescrire un médicament à un patient âgé, il est important de tenir compte des modifications liées à l'âge des processus pharmacocinétiques suivants : l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'élimination² (*encadré 1*)^{2,10}.

La pharmacodynamie

Les effets pharmacodynamiques doivent aussi être pris en considération, étant donné que les patients âgés sont plus sensibles aux médicaments et à leurs effets indésirables. Certains de ces effets les plus nocifs sont causés par les médicaments dotés de propriétés anticholinergiques qui peuvent provoquer un délire et des atteintes cognitives.

Les lignes directrices à suivre pour la prescription des médicaments psychotropes chez la personne âgée sont décrites dans l'*encadré 2*.

Les patients âgés sont plus sensibles aux effets indésirables des médicaments et peuvent souffrir de complications particulières, comme le syndrome d'hypersécrétion d'hormone antidiurétique causé par les ISRS.

Repère

Tableau II**Effets indésirables des IRSN et d'autres antidépresseurs chez le patient âgé¹⁰**

Médicaments	Effets indésirables
IRSN*	
Venlafaxine	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Hypertension liée à la posologie. ⊕ Modifications de l'ECG. ⊕ Arythmie. ⊕ Ischémie cardiaque aiguë.
Duloxétine	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Effets cliniques importants sur l'appareil cardiovasculaire non établis.
Autres antidépresseurs	
Bupropion	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Risque très faible de convulsions associé à la forme à libération prolongée. ⊕ Inhibition de l'isoenzyme CYP2D6 par le bupropion, ce qui élève la concentration des bêtabloquants et des antiarythmiques de classe 1C.
Mirtazapine	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Effets cognitifs possibles en raison des effets antihistaminiques et sédatifs¹⁰.

* Les IRSN, la mirtazapine et le bupropion ne sont pas considérés comme des agents de première intention chez les patients âgés.

Tableau III**Effets indésirables des antipsychotiques atypiques chez le patient âgé¹⁰**

Effets indésirables	Commentaires
Taux de mortalité	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Taux presque doublé chez les patients âgés atteints de démence et traités par les antipsychotiques atypiques par rapport à ceux du groupe témoin (mort principalement causée par un accident cardiovasculaire ou une infection). ⊕ Le risque des antipsychotiques classiques (ex. : halopéridol) est semblable chez les patients déments.
Effets anticholinergiques	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Patients atteints de démence plus vulnérables. ⊕ Effets centraux particulièrement importants : délire, troubles mnésiques, irritabilité, autres dysfonctionnements cognitifs. ⊕ Symptômes pouvant être pris à tort pour une aggravation de la psychose, ce qui peut entraîner un déclin cognitif et une augmentation des médicaments. ⊕ Risperidone et quétiapine : effets anticholinergiques les plus faibles.
Hypotension orthostatique	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Effet plus fréquent chez les patients âgés. ⊕ Associée à des chutes, des infarctus du myocarde, des AVC, des ischémies cérébrales de moindre gravité.
Dysfonctionnement moteur	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Effets indésirables extrapyramidaux qui prennent en général deux mois à se résorber. ⊕ Effets qui peuvent se prolonger jusqu'à un an après l'arrêt du traitement. ⊕ Prophylaxie par les médicaments antiparkinsoniens non recommandée en raison des effets anticholinergiques. ⊕ Dysphagie : autre manifestation extrapyramidale observée avec la risperidone.

Quels sont les effets indésirables chez le patient âgé ?

Les ISRS sont bien tolérés par les gens âgés et sont considérés comme des médicaments de première in-

tention dans le traitement de la dépression et des troubles anxieux. Les effets indésirables des ISRS, des IRSN et d'autres antidépresseurs chez le patient âgé, ainsi que les autres complications potentielles, sont décrits dans les *tableaux I¹⁰ et II^{10,11}*. Pour en savoir

Tableau IV

Effets indésirables des benzodiazépines chez le patient âgé¹⁰

Effets cognitifs	• Amnésie • Difficulté d'attention • Atteintes visuospatiales • Diagnostic erroné de démence possible
Effets hémodynamiques	• Hypotension • Ralentissement de la fréquence cardiaque
Effets moteurs	• Augmentation du risque de chute • Faiblesse • Ataxie • Dysarthrie • Manque de coordination

plus sur les antidépresseurs, voir l'article du D^r Hani Iskandar intitulé : « Encore un dépressif, comment le traiter sans déprimer ? », dans le présent numéro.

Les antipsychotiques atypiques ont largement remplacé les antipsychotiques classiques dans le traitement de la psychose chez le sujet âgé. Leurs principaux effets indésirables sont décrits dans le *tableau III*¹⁰.

Quant aux benzodiazépines, leurs effets cognitifs, hémodynamiques et moteurs sont listés dans le *tableau IV*¹⁰.

M^{me} L. souffre de dépression majeure et a reçu du citalopram. Son état s'est amélioré. Toutefois, le déclin de ses fonctions d'exécution l'oblige à déménager dans un centre d'accueil parce qu'elle a besoin d'un milieu de vie structuré et de stimulation extérieure en permanence.

LES SYNDROMES PSYCHIATRIQUES chez le patient âgé comportent de multiples facettes. Le vieillissement de la population entraînera une augmentation de la clientèle atteinte et soulèvera des enjeux diagnostiques particuliers. Les médecins y trouveront certainement un défi fort intéressant. ☞

Date de réception : le 29 février 2012

Date d'acceptation : le 30 avril 2012

La D^{re} Maria Di Tomasso n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Statistique Canada 2006. *Population Growth in Canada. Catalog number 91-003-XEW*. Ottawa; 2006.

L'auteur tient à remercier M^{mes} Lisa Bradford et Francine Lemire pour leur collaboration.

Summary

Grey boom to foresee in psychiatric care. Individuals aged 80 years or older represent the fastest growing demographic group in Canada. A clear understanding of the unique diagnostic challenges and pharmacotherapeutic considerations related to psychiatric care for older adults is of incontrovertible importance and is reviewed in this article. Clinical symptoms of psychiatric illness frequently overlap with those of general medical conditions, and age-related changes in the body and brain can lead to an atypical presentation in older patients. It is recommended that the clinician keep the most common conditions (dementia, delirium and depression) at the top of the list of differential diagnoses. Before prescribing medication to an older patient, it is important to consider age-related changes in pharmacokinetic and pharmacodynamics processes. Older patients are exceptionally sensitive to the adverse effects of psychiatric medications. Age-specific side effects, such as syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion associated with a selective serotonin reuptake inhibitor, can occur and warrant special attention.

2. Maletta GJ. Pharmacotherapy in the elderly. Dans : Agronin ME, Maletta GJ, rédacteurs. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. 3^e éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 203-31.
3. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12 (3) : 189-98.
4. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V et coll. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53 (4) : 695-9.
5. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et coll. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-1983; 17 (7) : 37-49.
6. Meeks TW, Lanouette N, Vahia I et coll. Psychiatric assessment and diagnosis in older adults. *Focus* 2009; 7 (1) : 3-16.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
8. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician* 1999; 60 (3) : 820-6.
9. Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN et coll. Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry* 2002; 52 (3) : 164-74.
10. Jacobson SA, Pies RW, Greenblatt DJ. *Handbook of Geriatric Psychopharmacology*. 1^{re} éd. Arlington : American Psychiatric Publishing; 2002. p. 101-86.
11. Santé Canada. Celexa (citalopram) – Association à des anomalies du rythme cardiaque – Pour les professionnels de la santé. Ottawa; janvier 2012. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/profl_2012/celexa_2_hpc-cps-fra.php (Date de consultation : le 11 juillet 2012).
12. US Department of Health and Human Services. *Antipsychotics*. Silver Spring : US Food and Drug Administration; 2009.