

**COURS DE MASTER 2 DE PSYCHOLOGIE**

**CLINIQUE DU SUJET ÂGÉ  
COURS**

DNB3ED13

S3 – UE1 : Problématiques contemporaines en psychologie clinique

*Enseignant : Nicolas DELRUE*  
*Année 2020-2021*

## Deuxième partie

### **Les troubles non-cognitifs chez le sujet âgé. L'examen psycho-comportemental**

*Objectif : savoir réaliser un examen psycho-comportemental pour poser un diagnostic précis.*

#### **1. Les troubles psycho-comportementaux dans la MA. Généralités**

Il est impératif de savoir les diagnostiquer (avec leur degré de sévérité – léger, modéré ou sévère), jusqu'à 90% des personnes atteintes de MA pouvant présenter au moins un trouble psychologique ou comportemental durant l'évolution de la maladie. Ces troubles sont toujours en rupture avec le fonctionnement antérieur de la personne. Ils sont souvent précédés par une phase prodromique (changements minimes) et se manifestent par crises épisodiques. Ils sont donc fluctuants en intensité et peuvent être indépendants ou associés. Deux catégories de troubles peuvent exister : (1) les troubles déficitaires ou de retrait et (2) les troubles du comportement perturbateurs.

Les troubles déficitaires sont essentiellement : (1) l'apathie qui est un déficit de motivation se caractérisant par un émoussement affectif, une perte d'initiative et d'intérêt. Elle est fréquente dans la MA (environ 60% à partir du stade modéré à sévère) ; (2) la dépression qui se caractérise surtout par une tristesse à tendance fixe et permanente, une aboulie, un ralentissement psychomoteur, une triade mélancolique, des idées noires ou suicidaires (bien repérer la crise suicidaire).

Les troubles du comportement perturbateur sont essentiellement : (1) l'opposition qui est une attitude verbale ou non-verbale de refus (de soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer aux activités) ; (2) l'agitation qui est un comportement verbal ou physique excessif et inapproprié à la situation ; (3) l'agressivité qui est un comportement verbal ou physique menaçant ou dangereux pour le patient ou pour autrui (auto ou hétéro-agressivité) ; (4) les comportements moteurs aberrants se manifestant souvent par des stéréotypies qui sont des activités répétitives sans but apparent (déambulations, gestes incessants, agrippements...) ; (5) la désinhibition qui est un comportement inapproprié par rapport aux normes sociales. Elle peut prendre différentes formes : grossièreté, gestes déplacés, attitudes sexuelles, comportement impudique... ; (6) les cris qui sont des vocalisations de fortes intensités et répétitives (compréhensibles ou non) ; (7) les idées délirantes qui sont des perceptions ou des jugements erronés de la réalité, souvent non-critiqués par le patient. Les thématiques les plus fréquentes dans la MA sont paranoïaques (persécution), non-identificatoires (présence d'un imposteur, d'un sosie) et parfois érotomaniaque (jalousie) ; (8) les hallucinations qui sont des perceptions sensorielles erronées (sans objet réel à percevoir). Elles sont principalement

visuelles et auditives dans la MA ; (9) les troubles du rythme veille/sommeil qui portent sur la durée et la qualité du sommeil et peuvent aboutir à une inversion du rythme nyctéméral.

Si ces troubles sont fréquentes dans la MA, ils peuvent aussi se retrouver régulièrement dans les autres TNC. Il est donc essentiel d'en connaître le détail afin de pouvoir établir un diagnostic précis.

## **2. L'apathie**

Il s'agit du trouble non-cognitif le plus fréquent dans la MA mais également fréquemment présent dans les autres TNC (DS, DP, DCL et parfois DFT). Pour diagnostiquer une apathie, il est nécessaire que les critères suivants soient réunis : (1) perte ou baisse de la motivation comparativement à l'état antérieur ou au fonctionnement normal (pour l'âge et le niveau culturel) rapportée/observée par la personne ou par son entourage ; (2) présence la plupart du temps pendant au moins quatre semaines d'au moins un symptôme dans deux ou trois des domaines suivants : (a) « action » avec une perte ou une baisse des comportements dirigés vers un but se manifestant par une perte des comportements auto-initiés et/ou une perte des comportements de réponse aux stimulations de l'environnement ; (b) « cognition » avec une perte ou une baisse des activités cognitives dirigées vers un but se manifestant par une perte de curiosité pour les événements nouveaux (voire habituels) et/ou une baisse des réactions face aux questions ou commentaires ; (c) « émotion » avec une perte ou une diminution des émotions se manifestant par un manque de ressenti émotionnel et/ou une baisse de la réactivité émotionnelle face aux événements positifs ou négatifs. ; (3) l'apathie est à l'origine d'une souffrance et/ou interfère dans les AVQ ; (4) l'apathie ne s'explique pas exclusivement par un handicap physique ou les effets d'une substance (traitement médicamenteux).

Interventions psychologiques : rechercher les causes de l'apathie pour essayer de les corriger. Proposer ensuite des activités en lien avec les goûts et la personnalité du patient, permettant (1) l'expression des émotions, (2) la prise d'initiatives en accompagnant l'initiation des gestes, (3) l'envie et l'intérêt à partir d'activités courtes et adaptées, valorisant la personne.

## **3. La dépression**

La dépression (et les symptômes dépressifs en général) est fréquente dans la MA mais également dans les autres TNC. En Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), 15% des personnes âgées accueillies présenterait un trouble dépressif caractérisé (TDC) majeur dans la première année suivant l'admission et 40% des résidents présenteraient des symptômes dépressifs.

Si la définition du TDC décrite dans le DSM-5 s'applique parfaitement aux sujets âgés, quelques critères spécifiques doivent être notés dans le cas de patients âgés présentant des TNC. Pour qu'un

épisode dépressif majeur soit diagnostiqué, il faut que le patient présente depuis deux semaines au moins cinq symptômes dont au moins un de premier rang : (symptômes de premier rang) une humeur dépressive (tristesse, pleurs...) et/ou une apathie (pouvant se manifester par de l'aboulie) ; (symptômes de second rang) une perte d'appétit et de poids et/ou des troubles du sommeil (se réveille la nuit, ne veut pas se lever le matin, retourne se coucher dans la journée...) et/ou une fatigue, une perte d'énergie dans la journée (somnole sur son fauteuil) et/ou un sentiment d'inutilité, de dévalorisation, de culpabilité (peut se sentir un poids pour ses proches) et/ou des troubles cognitivo-mnésiques plus importants (comme si un pallier était franchi) et/ou des pensées de mort récurrentes.

En dehors du TDC majeur, plusieurs autres types de dépression sont caractéristiques du sujet âgé : (1) le trouble dépressif mineur qui est une forme plus atténuée avec un nombre de symptômes moins important mais pas de moindre sévérité ; (2) la dépression masquée, caractéristique du sujet âgé (surtout en EHPAD), se manifestant par des symptômes somatiques (douleurs non-médicalement expliquées et rebelles aux traitements, refus alimentaire, troubles moteurs) au premier plan, masquant les symptômes psychiatriques. Ces symptômes somatiques ont des typologies et des horaires souvent variables dans le temps ; (3) la « dépression tardive du sujet âgé associée à des troubles cognitifs » ou « pseudo-démence » dans laquelle les troubles cognitifs et dépressifs sont liés (régressent ou évoluent en parallèle). Elle s'observe souvent en début de démence ou lors du passage d'un stade à un autre (la dépression aggrave les troubles cognitifs ou est réactionnelle à leur augmentation en intensité) ; (4) les formes « hostiles » de dépression qui s'expriment par des troubles du caractère (irritabilité, colère) ; (5) les formes « délirantes » qui s'expriment par des idées de persécution, de ruine, d'incurabilité ou des idées hypocondriaques ; (6) la dépression mélancolique qui est une forme grave comprenant des symptômes dépressifs sévères, une prostration et un mutisme, des idées délirantes congruentes de l'humeur, un ralentissement psychomoteur sévère (pouvant évoquer le syndrome de glissement), des idées suicidaires. Cette forme entraîne une hospitalisation.

Interventions psychologiques : Diagnostiquer (qualifier) la dépression à partir des tests/échelles adaptés. Rechercher une éventuelle crise suicidaire à l'aide des tests standardisés (échelle RUD). Mettre ensuite en place un suivi psychologique adapté (ex. par TCC) en faisant repasser très régulièrement les tests. Se mettre en rapport avec le médecin traitant pour un éventuel traitement pharmacologique (ou évoquer une hospitalisation si dépression majeure et crise suicidaire grave).
---

NOTA : Parfois qualifié de « suicide inconscient », le <b>syndrome de glissement</b> toucherait 1 à 4% des sujets âgés hospitalisés. Il est souvent vu comme un équivalent dépressif. Il est défini par une détérioration rapide de l'état général en raison d'une anorexie, d'un refus de soin, d'une passivité, de plaintes... Le patient reste souvent alité, refuse de se lever, de se laver, de s'habiller, de manger, de boire, de prendre son traitement... Le syndrome de glissement évolue vers la mort en quelques jours ou quelques semaines. Il peut être déclenché par des événements physiques (maladie, douleurs) ou psychiques (décès d'un proche, abandon du domicile, hospitalisation...). Le syndrome de glissement
--

nécessite une intervention immédiate en : (1) traitant la maladie aigüe, (2) réhydratant, (3) mettant en place un traitement antidépresseur et (4) une prise en charge psychologique.

#### **4. L'opposition – Le refus de soins**

Chez le sujet âgé souffrant de TNC, l'opposition se manifeste souvent par un refus de soins (toilette, habillage, prise de médicaments, alimentation...). Le refus de soin est fréquent dans la MA. Il possède plusieurs caractéristiques qui doivent être précisément notées : (1) il est soit explicite (verbal) soit implicite (exprimé par des comportements d'agitation, de cris, d'agressivité...); (2) il est soit ponctuel soit répété; (3) il se rapporte soit aux soins médicaux (traitements, actes médicaux/chirurgicaux, hospitalisation) soit aux soins liés à la perte d'autonomie (hygiène, alimentation...); (4) il a soit des conséquences réelles (maladie, perte de poids, voire pronostic vital engagé) soit aucun impact sur la qualité de vie.

Les comportements oppositionnels peuvent avoir plusieurs causes qu'il est nécessaire de repérer. Ils peuvent être : (1) l'expression d'un acte de liberté, c'est-à-dire le moyen ultime d'expression de son existence (surtout en cas de TNC sévère avec des aphasies multiples); (2) liés à une cause organique (douleur, inconfort, infection); (3) liés à une cause psychiatrique (dépression, syndrome de glissement); (4) liés à des facteurs socio-environnementaux (stress au moment d'effectuer un AVQ, modalités, horaires...).

Interventions psychologiques : Qualifier l'opposition avec une échelle adaptée. En chercher les causes pour essayer de les corriger. Intervenir lors de la crise pour apaiser la personne par une aide à l'expression verbale et une validation du ressenti perçu dans un registre émotionnel. Proposer un projet personnalisé (avec planning journalier détaillé) basé sur les habitudes de vie du patient afin de minimiser les troubles oppositionnels.

#### **5. L'agitation – La crise d'agitation aigüe (CAA)**

La CAA est un trouble du comportement psychomoteur d'apparition brutale caractérisé par une hyperactivité verbale (ou vocale) ou motrice inappropriée associée à une perte de contrôle des actes, de la parole et de la pensée. Elle se retrouve fréquemment dans les syndromes démentiels, soit comme manifestation précoce d'un TNC, soit lors de l'évolution (passage d'un stade à un autre). Sa fréquence augmente avec l'évolution de la pathologie démentielle. Trois types de CAA sont à distinguer (et à spécifier) : (1) la crise d'agitation verbale; (2) la crise d'agitation physique non agressive; (3) la crise d'agitation agressive (verbale et/ou physique).

La CAA peut avoir plusieurs causes que le psychologue doit savoir analyser : (1) les troubles cognitivo-mnésiques (surtout à un stade avancé); (2) une cause médicale (douleur aigüe, pathologie aigüe, traitement médicamenteux...); (3) une cause psychiatrique (idées délirantes, hallucinations,

troubles anxieux de type attaque de panique...); (4) des causes environnementales et relationnelles (changement dans l'environnement, événement familial, inadéquation du cadre de vie...).

Interventions psychologiques : Qualifier l'opposition avec une échelle adaptée. En chercher les causes pour essayer de les corriger. Intervenir lors de la crise pour sécuriser et apaiser la personne. En cas de mise en danger, prôner l'isolement et la surveillance. Renforcer l'approche relationnelle dans la vie quotidienne (rassurer, dialoguer, ambiance calme et adaptée, limitation du nombre de personnes dans l'entourage, mise en place d'activité de « diversion » en lien avec les goûts du patient (animations flash)...). Si les crises sont fréquentes, se mettre en relation avec le médecin traitant pour un éventuel traitement pharmacologique.

## **6. Les comportements moteurs aberrants : la déambulation**

La déambulation est un comportement répété, prolongé et non contrôlé de marche et de déplacements incessants, avec ou sans but précis, qui peut avoir lieu pendant plusieurs heures du jour ou de la nuit. Elle expose la personne à de nombreux risques : se perdre, chuter, fuguer, s'épuiser, perdre du poids... La déambulation est fréquente chez les personnes âgées présentant des TNC (plutôt à partir du stade modéré à sévère) car elle concerne 21% des résidents d'EHPAD.

Il existe trois types de déambulation (qu'il s'agit de spécifier) : (1) le mode exploratoire dans lequel la personne explore l'environnement (entre dans les chambres, fouille les placards, prend les objets se trouvant sur son passage...); (2) le mode compulsif dans lequel la personne marche de façon linéaire sans pouvoir s'arrêter (rien ne peut l'arrêter); (3) la déambulation nocturne qui est liée aux troubles du sommeil. La personne marche toute la nuit et s'endort d'épuisement hors de son lit.

Trois principales causes de la déambulation peuvent être mises en évidence : (1) la pathologie démentielle (MA et DFT principalement). Avec l'évolution démentielle, la déambulation devient un trouble du comportement qui peut être l'expression d'une DTS, d'un trouble psychiatrique (anxiété, dépression, délire, crise de confusion aiguë...), de comportements liés à des habitudes antérieures, d'un désir de rechercher quelque chose ou quelqu'un; (2) une lutte contre l'ennui; (3) une réaction oppositionnelle à l'environnement s'exprimant par un désir de fuite (de fugue).

Interventions psychologiques : Réaliser le rapport bénéfices/risques (car la déambulation a aussi des bénéfices : préserve les capacités motrices, peut être source de plaisir pour le patient, peut contribuer à entretenir les relations sociales). Rechercher les causes des déambulations et essayer de les corriger (diminuer les facteurs de risque de chutes, blessures, fugues). Mettre en place un projet personnalisé permettant de cadrer et diminuer les déambulations (en se basant sur un planning horaire journalier incluant des activités adaptées). Augmenter les apports caloriques et hydriques.

## **7. La confusion aigüe**

Il s'agit d'une altération globale, fluctuante et réversible des fonctions cognitives (aggravation aigüe temporaire des déficits cognitifs d'une personne). La distinction entre confusion et démence pouvant être compliquée, la présence de deux facteurs cardinaux est nécessaire pour diagnostiquer une confusion aigüe : (1) un début brutal (ou rapidement progressif) et (2) une fluctuation des signes sur 24h avec une tendance à la recrudescence des symptômes le soir.

La confusion aigüe peut être causée par deux catégories de facteurs qu'il est nécessaire d'identifier : (1) des facteurs pré-disposants comme la pathologie démentielle, des déficits sensoriels, une déshydratation ou une dénutrition chroniques, des comorbidités multiples, une poly-médication, un trouble psychiatrique installé, une immobilisation prolongée (contention) ; (2) des facteurs déclenchants (plus immédiats) comme des infections (urinaire, pulmonaire), des facteurs médicamenteux et toxique (alcool), une déshydratation sévère récente, une douleur aigüe, un trouble métabolique (fécalome), un accident neurologique (AVC, AIT, crise d'épilepsie...), un facteur psychiatrique immédiat (attaque de panique, deuil pathologique...).

Interventions psychologiques : Diagnostiquer précisément la confusion. Chercher ensuite les causes pour essayer de les corriger. Lors d'une crise, intervenir auprès de la personne pour décider s'il s'agit (1) d'une urgence (avec dangerosité, pronostic vital engagé) et prôner une hospitalisation (avec examens) ou (2) d'une crise épisodique (confusion fluctuante) et apaiser la personne par une réassurance verbale et/ou physique (gestes, regard...). Les tests cognitivo-mnésiques et psychologiques doivent être régulièrement repassés pour vérifier que la confusion n'est pas due à une aggravation du TNC ou des troubles psychiatriques.

## **8. Les troubles du sommeil**

Ils sont fréquents chez le sujet âgé avec une tendance à la réduction du temps de sommeil avec l'avancée en âge. En cas de TNC, la qualité du sommeil est systématiquement perturbée. Les troubles du sommeil sont fréquents dans la MA et les autres démences, surtout à partir du stade modéré. Les principales caractéristiques sont : (1) la fragmentation du sommeil avec des réveils nocturnes, un temps d'éveil matinal plus long et un sommeil lent profond diminuée ; (2) une insomnie matinale avec des réveils matinaux précoces ; (3) une insomnie d'endormissement avec un refus de se coucher (le patient sort du lit) ; (4) une inversion du rythme nyctéméral (stades plus sévères du TNC).

Les troubles du sommeil peuvent se repérer facilement dans la journée car ils sont généralement accompagnés de : (1) somnolence, fatigue, inactivité et/ou (2) agitation, anxiété, tristesse et/ou (3) troubles du comportement avec parfois des hallucinations (plutôt visuelles).

Les troubles du sommeil doivent être analysés scrupuleusement en qualifiant la ou les causes possibles : (1) des causes somatiques comme (a) des affections douloureuses empêchant le sommeil

(rhumatismes, douleurs digestives, cancer...), (b) dyspnée nocturne (insuffisance respiratoire ou cardiaque), (d) pathologie prostatique (problèmes urinaires), (e) syndrome d'apnée du sommeil ; (2) des causes psychiatriques comme l'anxiété, la dépression ; (3) des causes iatrogènes (corticoïdes, abus d'hypnotiques...) ; (4) des causes environnementales (bruit, lumière, température ambiante...).

Interventions psychologiques : Diagnostiquer et qualifier avec précision les troubles du sommeil. En chercher les causes pour essayer de les corriger (notamment les facteurs environnementaux). Mettre en place un projet personnalisé s'appuyant sur des approches comportementales : horaires de coucher (voire de sieste) adaptés, activité physique et stimulation lumineuse dans la journée, prise en charge de l'anxiété et/ou de la dépression... Se rapprocher du médecin traitant pour discuter de la mise en place d'hypnotiques adaptés.

## 9. Les troubles du comportement alimentaire (TCA)

L'alimentation est considérée comme le soin de base des personnes âgées, surtout si elles présentent un TNC (il s'agit d'une priorité absolue). Le TCA le plus fréquemment retrouvé chez les sujets âgés est « l'anorexie ». Il existe une spirale bien connue (fréquente dans la MA) : la perte d'appétit entraîne la diminution des apports caloriques qui entraîne la dénutrition qui entraîne la perte de poids.

La dénutrition touche entre 15 et 38% des sujets âgés vivant en EHPAD. Elle a des conséquences graves : (1) mortalité augmentée (X2 à X4) ; (2) morbidité augmentée (X2 à X6) dont aggravation des troubles cognitifs, de l'apathie, de la dépression ; (3) perte d'autonomie accrue.

La perte de poids touche 30 à 40 % des sujets souffrant de MA. Elle peut même en être le premier signe et s'observe à tous les stades de la maladie (s'aggrave en fonction des stades). Il est important de la repérer car une perte de poids supérieure à 4% du poids initial est un facteur de risque de mortalité.

Il existe plusieurs causes de TCA chez le sujet âgé : (1) des causes médicales (troubles de la déglutition, médicaments, douleurs, problèmes bucco-dentaires...) ; (2) des causes psychiatriques (dépression, anxiété...) ; (3) des causes cognitives (troubles de l'attention, troubles praxiques ougnosies dont hémis-négligence...) ; (4) des causes comportementales (apathie, manque d'exercice...) ; (5) des causes environnementales (environnement non adapté avec trop de bruit, de distractions, couverts non adaptés...).

Interventions psychologiques : Repérer et qualifier le TCA avec une échelle adaptée. En chercher les causes pour essayer de les corriger. Intervenir sur les temps de repas pour mettre en place les mesures de correction et vérifier leur efficacité sur une semaine (aide au repas, couverts adaptés, adaptation du cadre...). Travailler avec le médecin pour discuter de la mise en place d'un régime adapté (régime hyper-protéiné HP20, compléments alimentaires, *finger food*...).



## **10. Les troubles anxieux**

Les troubles anxieux sont fréquents chez les sujets âgés présentant des TNC (les symptômes anxieux sont les plus fréquemment retrouvés chez les personnes âgées). Les troubles cognitifs (comme la DTS ou encore les troubles mnésiques) accentuent l'anxiété et les angoisses, souvent vespérales. Les troubles anxieux présentés par les personnes âgées ne diffèrent pas de ceux présentés par les populations plus jeunes (pour les diagnostiquer, le psychologue peut s'appuyer sur les critères définis par le DSM 5) : trouble panique, anxiété généralisée, anxiété sociale, agoraphobie, parfois anxiété de séparation ou mutisme sélectif.

Cependant, l'anxiété, chez le sujet âgé, présente une particularité. Elle se définit selon deux axes principaux et 13 composantes : (1) une anxiété psychique (humeur anxieuse, peurs, symptômes cognitifs, humeur dépressive) et surtout (2) une anxiété somatique s'accompagnant de manifestations physiques évocatrices (tension, insomnie, symptômes somatiques musculaires et sensoriels, symptômes cardiovasculaires, symptômes respiratoires, symptômes génito-urinaires, symptômes du système nerveux autonomes). Nous retrouvons, ici, la notion de dépression masquée.

L'anxiété chez le sujet âgé peut également être rattachée à trois groupes diagnostiques : (1) les troubles anxieux préexistants (ou « vieilliss »). Il s'agit alors de troubles chroniques existants souvent depuis le début de l'âge adulte (trouble anxiété généralisée, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale...) ; (2) les troubles anxieux d'apparition tardive. Dans ce cas, les sources d'anxiété les plus souvent repérées concernent l'avenir, les ressources financières, le logement, la disparition de proches, la santé et les douleurs ressenties (« hypocondrie anxieuse »), les capacités mnésiques, mais également les chutes, les sorties, la solitude (« phobies typiques » qui s'accompagnent de phénomènes d'évitement, de trépignement, d'agitation, de tremblements...) ; (3) les états anxieux liés aux affections survenues lors du vieillissement. La survenue inopinée de symptômes anxieux peut également être liée à différentes affections somatiques fréquentes au cours du vieillissement (maladies cardio-vasculaires, pulmonaires, endocriniennes...) ou à de nombreux médicaments ou substances (corticoïdes, psychotropes, alcool, café...).

Interventions psychologiques : Repérer et qualifier le trouble anxieux avec une échelle adaptée. En chercher les causes pour essayer de les corriger. Mettre ensuite en place un suivi psychologique adapté (ex. par TCC) en faisant repasser très régulièrement les tests. Se mettre en rapport avec le médecin traitant pour un éventuel traitement pharmacologique.

## **11. Les états d'allure psychotique**

Les états psychotiques chez le sujet âgé se caractérisent essentiellement par des symptômes productifs (délire, hallucinations, agitation) ou de désorganisation (incohérence des propos, de la pensées, du comportement, discordance entre les affects, les idées et les actes...). En fonction des

symptômes productifs, trois principales catégories de troubles psychotiques existent chez le sujet âgé : (1) une schizophrénie vieillie, débutée généralement à l'adolescence ou chez l'adulte jeune. Dans ce cas, la schizophrénie se manifeste généralement par une régression de la dimension productive, une diminution des comportements impulsifs, un enkystement du délire qui devient fluctuant et une accentuation des symptômes négatifs ; (2) les délires structurés d'expression tardive (ou troubles psychotiques non schizophréniques). Ces formes se manifestent par l'apparition d'idées délirantes lors du vieillissement avec un caractère non dissociatif. En dehors du champs couvert par le délire, la pensée semble cohérente et la personne reste adaptée à la vie quotidienne ; (3) les symptômes psychotiques survenant au cours de troubles neurocognitifs. Il s'agit souvent d'idées délirantes et/ou d'hallucinations liées au développement d'une MA souvent sévère (15% à 20% des sujets avec MA).