

Troubles psychiatriques du sujet âgé

Particularités cliniques & traitement

Docteur Philippe Xavier KHALIL
Médecin des Hôpitaux
Centre Hospitalier du Pays d'Arles

Vieillissement

Phénomène hétérogène



Note introductive

Contexte général du vieillissement

- Les facteurs démographiques, économiques, sociaux et médicaux ne contribuent pas uniquement à façonner l'expérience quotidienne du vieillissement, ils participent aussi à la création de facteurs de résilience qui rendent les personnes âgées capables de faire face aux problèmes quotidiens associés au vieillissement

VIEILLISSEMENT ET SANTÉ



ENTRE 2000 ET 2050, LE NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS DEVRAIT DOUBLER.

EN 2050, PLUS D'UNE PERSONNE SUR 5 AURA 60 ANS ET PLUS.



D'ICI À 2050, 80% DES PERSONNES ÂGÉES VIVRONT DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE.

► CHAQUE PERSONNE ÂGÉE EST DIFFÉRENTE



CERTAINS ONT UN NIVEAU DE FONCTIONNEMENT ÉGAL À UNE PERSONNE DE 30 ANS.



CERTAINES PERSONNES ONT BESOIN D'ÊTRE AIDÉES AU QUOTIDIEN.

LA SANTÉ EST ESSENTIELLE DANS LA MANIÈRE DONT NOUS VIVONS NOTRE VIEILLISSEMENT.

► CE QUI INFLUENCE LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

AU NIVEAU INDIVIDUEL



DANS LEUR ENVIRONNEMENT



« BIEN VIEILLIR »
POUR LES FRANÇAIS
DE 50 ANS ET +



« BIEN VIEILLIR », C'EST :

98% savoir profiter du **moment présent**

94% être **heureux et épanoui**

86% **anticiper** et se préparer longtemps en avance

75% estiment qu'on ne considère pas suffisamment les personnes âgées comme des adultes à part entière

LES ÉVÈNEMENTS DE VIE QUI FONT QUE L'ON SE SENT VIEUX

- DES CHANGEMENTS DANS L'APPARENCE PHYSIQUE (morphologie) 6,9/10
- LA NÉCESSITÉ D'AMÉNAGER SON DOMICILE (ameublement, salle de bain) 6,9/10
- DES CHANGEMENTS DANS SES HABITUDES DE VIE (fréquence des activités, mode de déplacement et locomotion, à son état) 6,8/10
- UN DÉMÉNAGEMENT POUR UN LIEU DE VIE PLUS ADAPTÉ 6,7/10
- L'ATTITUDE DES AUTRES À SON ÉGARD (qu'elle soit à première vue bienveillante ou non) 6,2/10



7,6/10

DES PROBLÈMES DE SANTÉ



7,5/10

DES PERTES SENSORIELLES (audition, vue, ouïe, goût, odorat, mobilité...)



7,4/10

DES ÉVÈNEMENTS DE VIE DES PROCHES DE SA GÉNÉRATION (santé, maison de retraite, décès...)



5,9/10

LES CHANGEMENTS DANS LA FRÉQUENCE ET LA NATURE DES CONTACTS



5,8/10

L'ARRIVÉE À UN ÂGE SPÉCIFIQUE



5,7/10

LE CHANGEMENT DE STATUT SOCIAL (passage à la retraite, obtention de cartes de réduction senior, devenir grand-parent)

Notation de 0 à 10 suivant l'importance de l'événement dans le sentiment de vieillesse

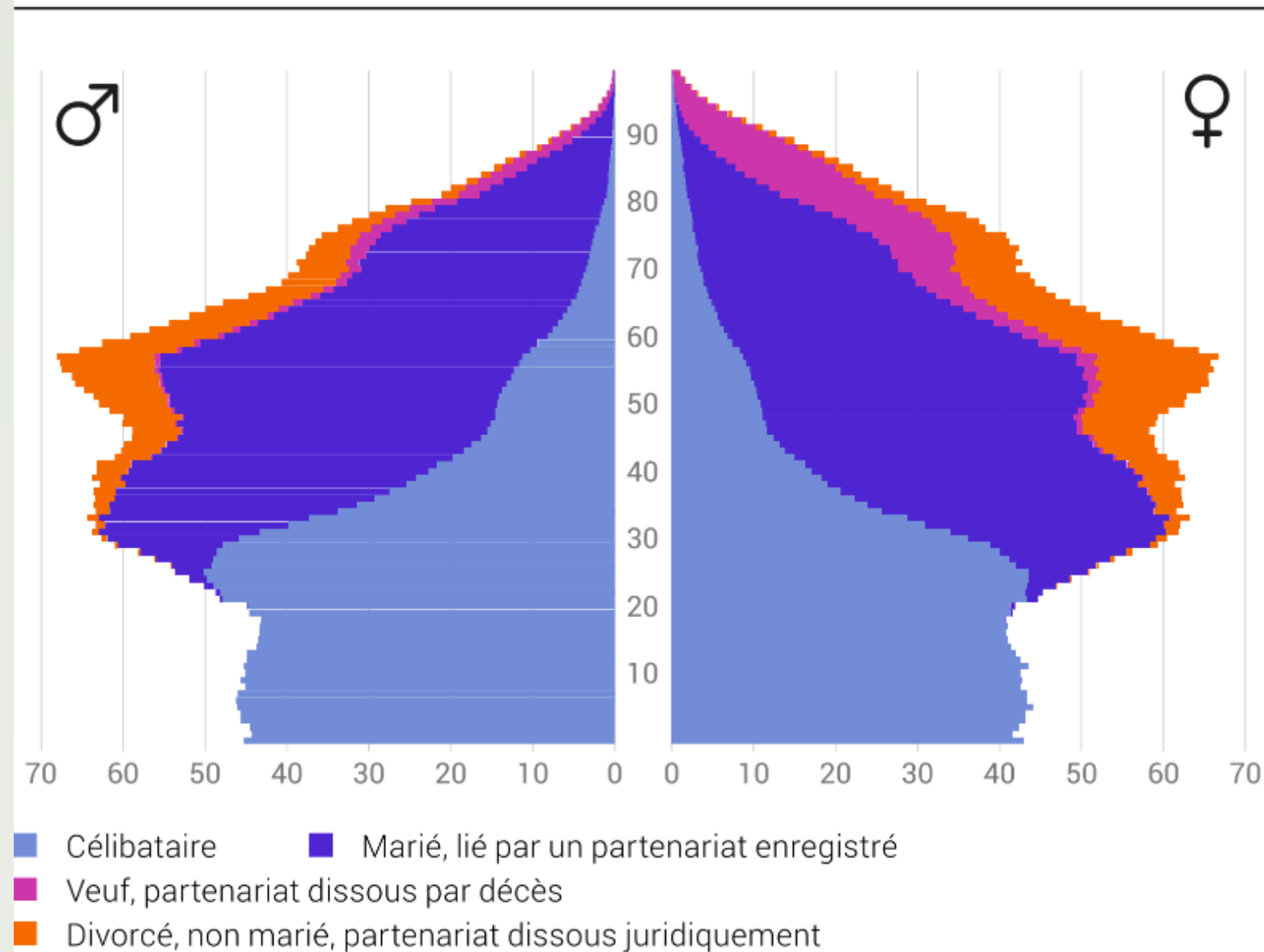
Note introductive

Contexte général du vieillissement

■ Les variables qui influent de manière significative sur l'expérience du vieillir sont l'âge – l'état de santé – le sexe et les variables qui sont associées à la situation socioéconomique et à l'état civil

Pyramide des âges selon le sexe et l'état civil, au 31.12.2021

Nombre de personnes en milliers



Note introductive

Fonctionnement normatif des personnes âgées

- La compétence normative des personnes âgées est habituellement envisagée – comme la capacité de faire face aux tâches de la vie et de s'adapter aux demandes du milieu –, tant dans les situations normales que dans les circonstances de vie stressantes
- Les processus d'adaptation comprennent des composantes cognitives, sociales et émotionnelles, comme à tous les âges de la vie adulte (Pushkar D. et *al.*, 1997)

SOLITUDE, ISOLEMENT DES PERSONNES ÂGÉES ET TERRITOIRES

PETITS FRÈRES
DES PAUVRES

Non à l'isolement de nos aînés



Sentiment de solitude

27%

des Français
âgés de 60 ans et plus
se sentent seuls



32%
parmi ceux
qui vivent en
quartier prioritaire



Risque d'isolement relationnel

19%

des Français
âgés de 60 ans et plus

passent des journées entières
sans parler à personne

2 territoires particulièrement à risque

Centre Val-de-Loire

40% se sentent seuls

27% passent des journées entières
sans parler à personne



Nouvelle-Aquitaine

32% se sentent seuls

22% passent des journées entières
sans parler à personne

Manque de solidarité de proximité



31%

des Français
âgés de 60 ans et plus
trouvent qu'il y a une absence
de solidarité là où ils habitent



37% en agglomération
parisienne



27% en zone rurale

Ce qui manque le plus sur le lieu de vie des aînés

#1 des commerces
de proximité



#2 des transports
en commun



#3 des professionnels
de santé



#4 un meilleur réseau
internet et téléphone

Ce que les aînés jugent prioritaire pour lutter contre l'isolement



#1 Rendre l'espace public
plus accessible



#2 Proposer des services de
transports à la demande

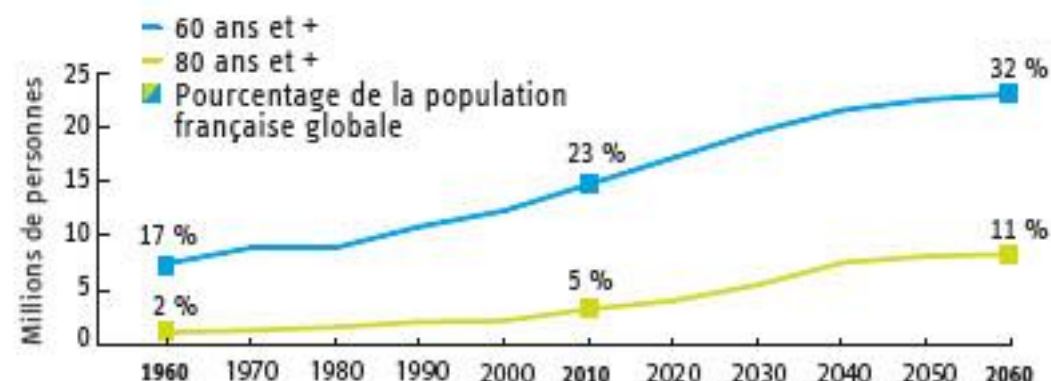
Étude réalisée par l'Institut CSA par téléphone du 9 avril 2018 au 4 mai 2018 auprès d'un échantillon national représentatif de 1 000 personnes âgées de 60 ans et plus, constitué selon la méthode des quotas (sexe, âge, CSP, région et catégorie d'agglomération).

CSA

* Vieillesse de la population française

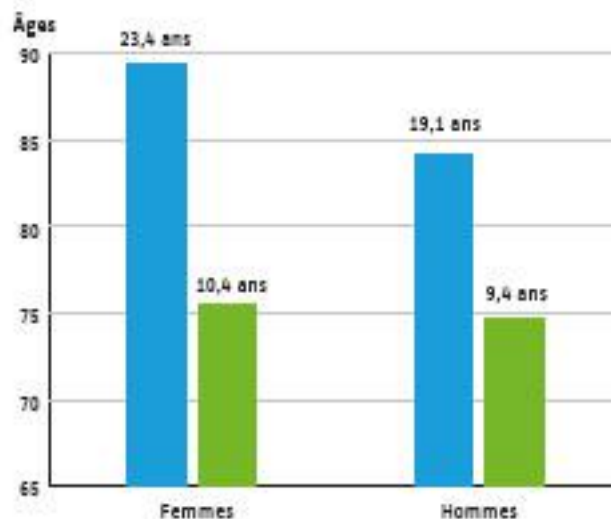
Source : INSEE, 2010, projections de population 2007-2060, scénario central.

Champ : France métropolitaine.



* Espérance de vie à 65 ans, en 2012

Source : Eurostat 2014.



L'indicateur
d'espérance
de vie sans
incapacité est
l'indicateur
d'espérance
de vie sans
limitations
d'activité à
long terme.

* Gain d'espérance de vie à 65 ans, entre 2000 et 2012

Source : Eurostat 2014.



Note introductive

Fonctionnement normatif des personnes âgées

- L'échec de la compétence est défini comme un déclin significatif des capacités de base, si bien que la prise en charge de sa propre personne et la gestion de ses biens, nécessaires à une vie adulte autonome, ne sont plus possibles

Note introductive

Fonctionnement normatif des personnes âgées

- Les activités qui doivent être accomplies avec compétence pour vivre en adulte autonome, de même que les ressources personnelles et sociales ainsi que les habiletés requises pour accomplir ces tâches, varient au cours de notre existence (Baltes P.B. et Graf P., 1997)

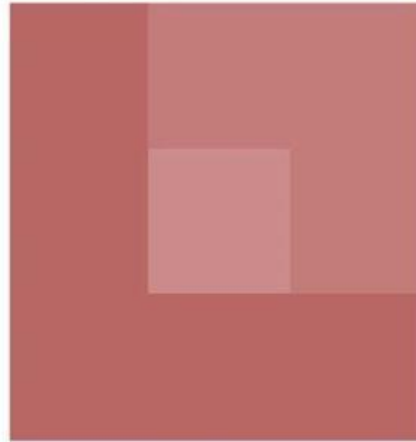
Paul B. Baltes

Fonctionnement normatif des personnes âgées



Introduction to
Research Methods

LIFE-SPAN DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY



Paul B. Baltes
Hayne W. Reese
John R. Nesselroade

INTERACTIVE MINDS

Life-Span Perspectives on the
Social Foundation of Cognition



Edited by
PAUL B. BALTES
URSULA M. STAUDINGER

Note introductive

Fonctionnement normatif des personnes âgées

■ Le couple Baltes et collaborateurs envisagent gains et pertes développementaux comme coexistants pendant toutes les étapes de la vie – mais à un âge avancé – le potentiel de perte tend à excéder celui des gains, ce qui réduit le potentiel d'adaptabilité de l'individu (Baltes P.B. et Baltes M.M., 1990)

Note introductive

Fonctionnement normatif des personnes âgées

- De nombreux problèmes du grand âge ne sont pas occasionnés par le vieillissement primaire ; l'amoindrissement de certaines capacités est dû à d'autres facteurs liés à l'âge, qui contribuent à la perte de la fonction ou accélèrent le déclin causé par les processus intrinsèques du vieillissement

Note introductive

Fonctionnement normatif des personnes âgées

- Ces facteurs sont considérés comme entraînant les effets secondaires du vieillissement, ils incluent – la maladie, le trauma, les conséquences à long terme des choix de vie – la non-exploitation des capacités aussi bien que les changements de rôle qui éliminent les contraintes extérieures – mais aussi les exigences et les défis qui stimulent le fonctionnement

Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
• Isolement social • Deuil • Difficultés financières • Maltraitance • Hospitalisation • Changement des habitudes de vie: entrée en institution	• Douleur • Pathologie infectieuse • Fracture entraînant une impotence fonctionnelle • Intervention chirurgicale • Constipation sévère • Escarres	• Polymédication • Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. • Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
• Trouble de la mastication • Mauvais état dentaire • Appareillage mal adapté • Sécheresse de la bouche • Candidose oropharyngée • Dysgueusie	• Sans sel • Amaigrissant • Diabétique • Hypcholestérolémiant • Sans résidu au long cours	• Maladie d'Alzheimer • Autres démences • Syndrome confusionnel • Troubles de la vigilance • Syndrome parkinsonien
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
• Pathologie ORL • Pathologies neurologique, dégénérative ou vasculaire	• Dépendance pour l'alimentation • Dépendance pour la mobilité	• Syndromes dépressifs • Troubles du comportement

Note introductive

Fonctionnement affectif des personnes âgées

- **Maintenir un bien-être subjectif dans la vie quotidienne** nécessite une capacité d'autorégulation des émotions dans les contextes quotidiens, de sorte que la personne puisse fonctionner sans vivre inutilement de remous émotionnels et puisse se percevoir de façon positive et cohérente

Note introductive

Fonctionnement affectif des personnes âgées

- En vieillissant, les personnes semblent avoir tendance à abandonner les comportements visant à changer les situations pour les rendre plus désirables et à favoriser les changements cognitifs qui mènent à percevoir les situations comme plus désirables

Note introductive

Fonctionnement affectif des personnes âgées

■ Pour neutraliser une source de stress, les personnes âgées sont moins portées à faire appel à la confrontation et plus susceptibles de recourir à la distanciation, aux stratégies d'adaptation cognitive centrées sur les émotions, au contrôle des impulsions et à une réévaluation cognitive positive (Diehl M. et *al.*, 1996)

Note introductive

Compétence sociale des personnes âgées

- Comme c'est le cas tout au long de l'existence, la plupart des personnes âgées évoluent mieux à l'intérieur d'un contexte social qui offre un soutien
- Ce sont en fait des incapacités liées à l'âge qui sont typiquement à l'origine des déficits de compétence sociale chez les personnes âgées

Note introductive

Compétence sociale des personnes âgées

- Les personnes âgées en bonne santé qui disposent de meilleures habiletés sociales obtiennent plus de succès dans la création et dans le maintien d'un réseau de soutien social satisfaisant (Chappell N.L., 1995)
- De nombreuses recherches indiquent que l'effet du soutien social sur le bien-être subjectif est plus important chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes (O'Connor B.P., 1995)

Note introductive

Solitude & isolement des personnes âgées

En France,
1 *personne âgée*
sur 4 *est seule*



Uniquement
32% des personnes âgées ont
des contacts au moins
une fois par semaine
avec leurs enfants



56%
des personnes âgées en
situation d'isolement
résident au sein des
grandes villes
Contre **47%** en 2013

Aujourd'hui, seulement
48% des personnes âgées
discutent 1x / semaine
avec leurs voisins
En 2013,
ils étaient **58%**

28% 
des personnes âgées isolées
pensent que leur entourage
ne s'intéresse
pas vraiment à eux



RETRAITE PLUS
Plus que du conseil

Isolement - Les chiffres

PETITS FRÈRES
DES PAUVRES
Non à l'isolement de nos aînés



530 000 ↑
personnes en situation de
mort sociale

contre
300 000
en 2017

+ 77 %

Le nombre de personnes isolées des cercles amicaux et familiaux

+ 122 %
en 4 ans

2021

2 000 000
personnes âgées

2017

900 000
personnes âgées



Le nombre de personnes âgées ne voyant
jamais ou quasiment jamais leur famille

470 000 → **1 300 000**

en 2017

en 2021

« J'ai un peu peur parce que je vais aller en EHPAD, comme mes
filles ne viennent déjà pas souvent, de me sentir enfermée
comme ça, je mourrais assez tôt. », Maria, 81 ans.

Solitude

36 %

des personnes âgées
ont un sentiment de solitude

Les relations amicales

3 900 000 personnes âgées n'ont pas ou quasiment
pas de relations amicales.

1 500 000
en 2017



« J'ai des amies, elles m'appellent de temps en temps, mais je n'ai pas beaucoup de
conversation parce que je ne sors pas. Tu es entre quatre murs et pleine de douleurs donc
tu n'as pas grand-chose à raconter. » Edith, 76 ans.

1

LES CHIFFRES DE L'ISOLEMENT DES PERSONNES ÂGÉES EN FRANCE



300 000 personnes de plus de 60 ans n'ont aucune relation sociale

Cela représente 2 % des plus de 60 ans, isolés des
quatre cercles de sociabilité :



+ d'1 personne/3 de plus de 60 ans ne sort pas de chez elle tous les jours



Cette situation s'aggrave avec l'âge
et touche plus fortement
les plus de 85 ans.

10% des personnes
de 85 à 89 ans sortent de chez elle
moins d'une fois par semaine ou jamais.



Les plus touchées sont les femmes
de plus de 75 ans, avec des revenus modestes.

Cet isolement
se double d'une
« exclusion numérique ».



31%
des + de
60 ans

50%
des
75-84 ans

68%
des 85 ans
et +

N'utilisent jamais internet

Note introductive

Compétence sociale des personnes âgées

■ La réduction des interactions sociales, qui se produit à l'âge adulte avancé, est en partie fonction d'une mise à l'écart des relations périphériques combinée à une accentuation des relations émotionnelles proches avec des membres de la famille et/ou des amis qui assurent le maintien, voire parfois l'accroissement, du bien-être (Lang F.R. et *al.*, 1998)

Adaptation de la société au vieillissement

→ APPORTER **PLUS DE JUSTICE SOCIALE ET DE PROTECTION** AUX PERSONNES ÂGÉES.

700 millions d'€/an

ALLOUÉS AUX MESURES DU PROJET DE LOI

Accompagner les personnes âgées dans leur parcours de vie

Revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

375 millions d'euros

consacrés à la revalorisation de l'APA



Augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile

0€

Exonération de toute participation financière pour les bénéficiaires du minimum vieillesse (ASPA)

Réduction du niveau de participation financière



600 000 personnes bénéficiaires

#LoiASV #PourNosAinés

Adaptation de la société au vieillissement

Donner aux personnes âgées le choix du modèle de l'habitat qui leur convient



© Ministère des Affaires sociales et de la Santé

80 000 logements privés
rénovés d'ici à 2017

40 millions d'euros

d'investissements de l'État pour des travaux de modernisation des résidences autonomie

Un forfait autonomie

pour financer les dépenses non médicales et préserver l'autonomie des résidents

Régulation du coût des EHPAD

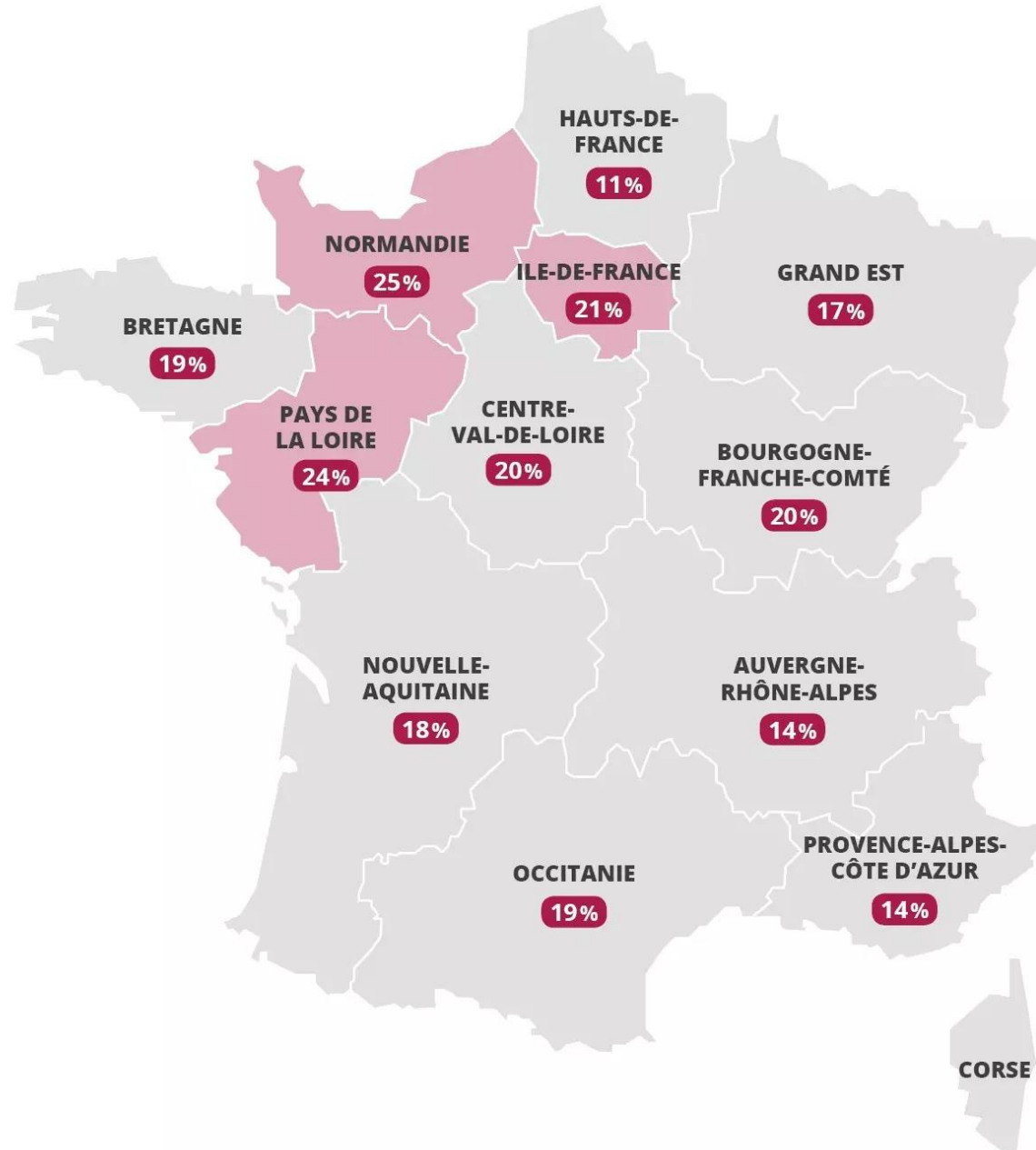


300 millions d'euros

pour moderniser les établissements

#LoiASV #PourNosAinés

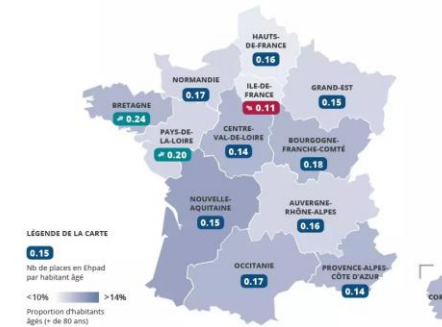
Taux de résidents en maison de retraite qui restent seuls à Noël par région



Maisons de retraite en France : une offre insuffisante !

Répartition de l'offre par région

Carte régionale recensant le nombre de places
en Ehpad par personne âgée de + de 80 ans



Top 3 des régions dont l'offre est la plus importante (par habitant âgé)

1	Bretagne	1 place pour 4 seniors
2	Pays-de-la-Loire	1 place pour 5 seniors
3	Bourgogne-Franche-Comté	1 place pour 5.5 seniors

Flop 3 des régions dont l'offre est la plus réduite (par habitant âgé)

1	Île-de-France	1 place pour 9 seniors
2	Centre-Val-de-Loire	1 place pour 7 seniors
3	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 place pour 7 seniors

Il y a en moyenne :

1 place en
Ehpad
pour
6 personnes
âgées



Quelques chiffres sur les maisons de retraite

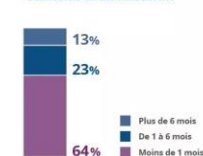
Âge moyen d'entrée
en maison de retraite

84 ans
et 5 mois

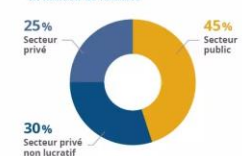
Répartition des résidents
en maison de retraite

Femmes **75%** Hommes **25%**

Durée d'attente avant une
admission en établissement

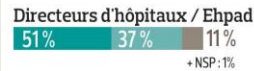


Répartition de l'offre
en maison de retraite

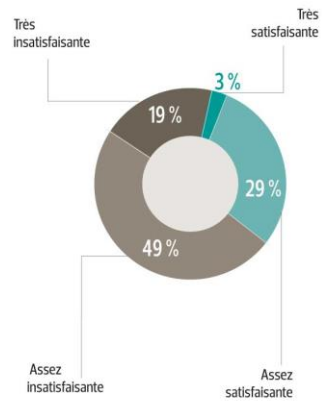


SONDAGE : les Français et la prise en charge de la dépendance

1 AUJOURD'HUI EN FRANCE, DIRIEZ-VOUS QUE LA QUESTION DE LA SANTÉ ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DU GRAND ÂGE ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE EST UNE PRÉOCCUPATION...



3 ESTIMEZ-VOUS QUE LA PRISE EN CHARGE DE CETTE QUESTION (ACCOMPAGNEMENT DU GRAND ÂGE ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE) EN FRANCE EST AUJOURD'HUI :



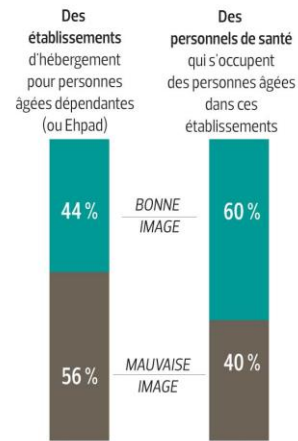
Sondage réalisé par Odoxa pour Orange, MNIH, la FHF, Ramsay Générale de Santé, avec le concours scientifique de Sciences Po Chaire Santé, en partenariat avec Le Figaro Santé et France Inter. Échantillon de 1002 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus. Échantillon de 437 médecins et 406 infirmier(e)s. Échantillon de 328 aidants familiaux. Échantillon de 219 directeurs d'hôpitaux et d'Ehpad.

Infographie **LE FIGARO**

2 QUELLE EST VOTRE PRINCIPALE INQUIÉTUDE MATÉRIELLE OU PRATIQUE AU SUJET DE LA DÉPENDANCE ? (DEUX RÉPONSES POSSIBLES)



4 VOUS PERSONNELLEMENT, AVEZ-VOUS PLUTÔT UNE BONNE OU UNE MAUVAISE IMAGE... ?



Adaptation de la société au vieillissement : que prévoit le projet de loi ?



→ APPORTER PLUS DE JUSTICE SOCIALE ET DE PROTECTION AUX PERSONNES ÂGÉES.

700 millions d'€/an
ALLOUÉS AUX MESURES DU PROJET DE LOI

Accompagner les personnes âgées dans leur parcours de vie

Revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

375 millions d'euros consacrés à la revalorisation de l'APA
Augmentation du nombre d'heures d'aidé à domicile

0€ Exonération de toute participation financière pour les bénéficiaires du minimum vieillesse (AGF-P)

Réduction du niveau de participation financière → **600 000 personnes bénéficiaires**

Donner aux personnes âgées le choix du modèle de l'habitat qui leur convient



80 000 logements privés rénovés d'ici à 2017

40 millions d'euros d'investissements de l'État pour des travaux de modernisation des résidences autonomie
300 millions d'euros pour moderniser les établissements

Un forfait autonomie pour financer les dépenses non médicales et préserver l'autonomie des résidents

Soutenir les proches aidants

Reconnaissance du statut de proche aidant avec une aide maximale de **500 euros en déduction** pour financer ponctuellement un hébergement temporaire, un accueil de jour ou un renforcement de l'aide à domicile

Droit au répit pour les aidants
Dispositif d'urgence en cas d'incapacité de l'aidant



Loi sur l'adaptation de la société au vieillissement

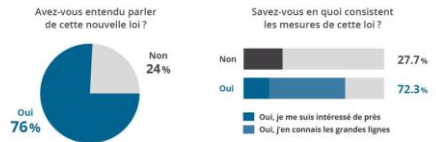
SONDAGE AUPRÈS DES PROFESSIONNELLS

Un projet de loi maintes fois remanié

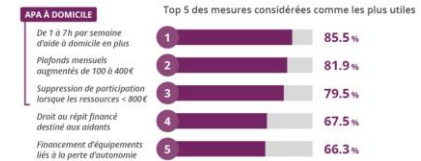


Source : www.gouvernement.fr

Qu'en pensent les professionnels du secteur médico-social ?



Leur appréciation des principales mesures de cette nouvelle loi



Mesure considérée comme la moins utile : Attribution de subventions pour moderniser les résidences autonomie (27.7 %)

Leurs propositions d'amélioration

Top 3 des propositions suggérées par les professionnels



Autres suggestions

« Tarifs des EHPAD en adéquation avec le montant moyen des retraites »
« Création de plus d'EHPAD publics »
« Mise en place d'une aide administrative gratuite »



Infographie Retraite Plus - Organisme de conseil gratuit en maison de retraite
Enquête menée par Retraite Plus auprès de 14 000 professionnels - www.retraiteplus.fr

Note introductive

Compétence cognitive des personnes âgées

- La compétence cognitive fait appel aux processus fondamentaux à la fois de l'attention, de la perception, de l'apprentissage et de la mémoire
- De ces processus dépendent les capacités de comprendre et de réagir aux stimuli du milieu, d'apprendre à partir de l'expérience, de se souvenir de ce que l'on a vécu et de construire une base de connaissances qui contient la sagesse accumulée au cours de la vie

Expérience du vieillissement

Facteurs de résilience



Note introductive

Compétence cognitive des personnes âgées

- Les habiletés cognitives ne sont pas touchées par un déclin manifeste lié à l'âge et ont amené à établir une distinction entre les capacités intellectuelles fluides et les capacités intellectuelles cristallisées (Horn J.L., 1978)

Note introductive

Compétence cognitive des personnes âgées

■ Les capacités intellectuelles fluides renvoient aux processus fondamentaux de l'attention, l'organisation et la mémoire qui – en théorie – sont plus dépendants de l'intégrité des processus physiologiques, requièrent des ressources cognitives plus importantes et, dès lors, sont plus vulnérables au vieillissement du cerveau

Note introductive

Compétence cognitive des personnes âgées

■ Les capacités intellectuelles cristallisées renvoient aux connaissances acquises qui sont – en théorie – fondées sur les expériences culturelles et largement résistantes aux effets du vieillissement du cerveau (Horn J.L., 1978)

Note introductive

Compétence cognitive des personnes âgées

■ Paul B. Baltes (1987) a introduit une distinction similaire entre les compétences qui sont sensibles aux changements liés à l'âge et celles qui ne le sont pas, recourant à la notion de capacités cognitives mécaniques pour les premières et à celle de capacités cognitives pragmatiques pour les secondes

Note introductive

Compétence cognitive des personnes âgées

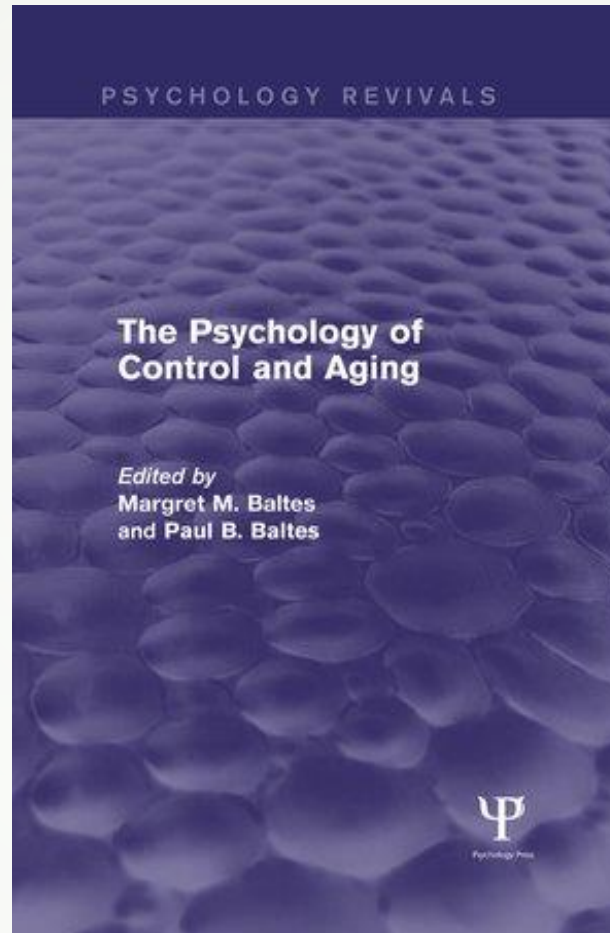
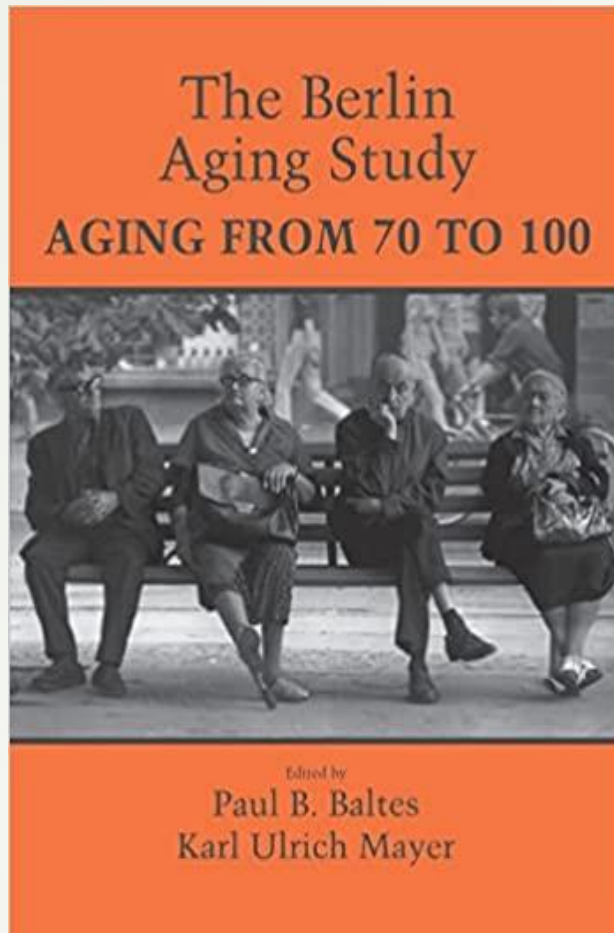
- Les capacités cognitives mécaniques correspondent au « système informatique » du cerveau et elles sont sensibles à la diminution de l'efficacité cérébrale
- Les capacités cognitives pragmatiques constituent en quelque sorte le « logiciel » qui a été développé à travers les interactions avec l'environnement, il n'est pas directement touché par les changements dans le cerveau liés à l'âge

Note introductive

Compétence cognitive des personnes âgées

- Selon Paul B. Baltes (1987), une vision exclusivement centrée sur les changements négatifs dans les capacités cognitives ignore la plasticité du développement humain au cours de la vie adulte

Eléments de littérature



Note introductive

Compétence cognitive des personnes âgées

■ L'apport théorique de Paul B. Baltes (1987), qui avance que le développement en général est multidirectionnel et caractérisé à toutes les étapes de l'existence par une simultanéité de gains et de pertes est particulièrement pertinent pour comprendre le développement cognitif

Note introductive

Compétence cognitive des personnes âgées

■ La compétence cognitive augmente lorsque les gains excèdent les pertes ; les gains proviennent des interactions avec le contexte environnemental qui peut procurer la stimulation et proposer les défis nécessaires à la réalisation soutenue du potentiel intellectuel (Baltes P.B. et Lang F.R., 1997)

Note introductive

Compétence cognitive des personnes âgées

■ Les études transversales et longitudinales soutiennent cette hypothèse, montrant de plus qu'une situation économique élevée, une meilleure éducation, une plus grande complexité du milieu et un mode de vie actif et engagé permettent tous de prévoir des capacités cognitives supérieures avec des réductions moindres des capacités avec le temps (Pushkar D. et *al.*, 1997)

Note introductive

Compétence cognitive des personnes âgées

- Les facteurs entraînant un déclin cognitif ne sont pas stables au cours de la vie adulte ; ils empirent avec l'âge, du fait du vieillissement biologique normal et de l'incidence plus importante des maladies
- L'âge précis auquel cette menace apparaît diffère pour les différentes capacités et selon les individus, mais la plupart des chercheurs s'accordent à dire que cela devient de plus en plus évident en ce qui concerne les capacités cognitives après l'âge de 75 ans

Note introductive

Compétence cognitive des personnes âgées

- La sagesse est peut-être le domaine de compétence dans lequel les différences entre les individus se manifestent le plus, et de grandes variations caractérisent en général la croissance et le maintien de la compétence cognitive

Note introductive

Compétence cognitive des personnes âgées

■ La reconnaissance de cette plasticité du développement humain a amené la recherche sur le vieillissement cognitif à mettre de plus en plus l'accent sur les facteurs liés au développement de l'intelligence et à son maintien à un âge avancé, plutôt que sur les facteurs associés au déclin (Chappell M.S., 1996)

Vieillissement physiologique

Aspects somatiques & psychologiques

CHIFFRES CLÉS

d'un secteur d'avenir

à revaloriser de toute urgence



-25 % : représentation de la chute du nombre de candidatures aux concours d'accès aux diplômes d'aide-soignant et d'accompagnement éducatif et social en l'espace de 6 ans.



17,5% : taux de ménages pauvres parmi les intervenants à domicile contre 6,5% en moyenne pour l'ensemble des salariés.



CHIFFRES CLÉS

isolement des personnes âgées

PETITS FRÈRES
DES PAUVRES
Non à l'isolement de nos aînés

POPULATION



les plus de 60 ans représentent
22 % de la population
soit 15 millions de personnes

ÉVOLUTION

20 millions
de personnes âgées
en 2030
(+33 %)



24 millions
de personnes âgées
en 2060
(+60 %)

ESPÉRANCE DE VIE

85 ans
pour une femme



78 ans
pour un homme

L'ISOLEMENT DES AÎNÉS



**1 million
d'isolés**

300 000
personnes
sont en
état de
mort sociale

COMBATTRE L'ISOLEMENT



un esprit
de solidarité



plus de commerces
de proximité



une meilleure offre
de transport public



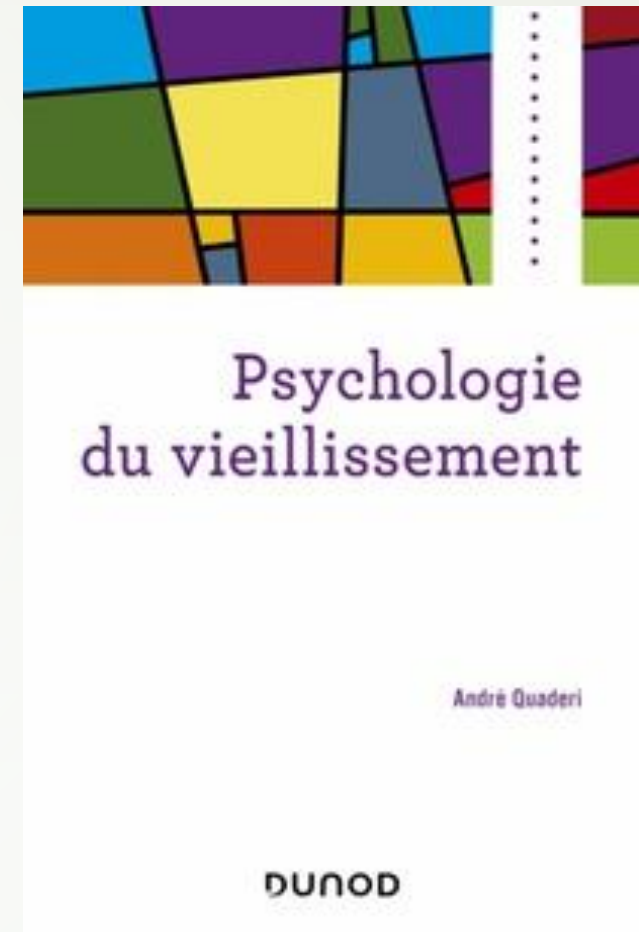
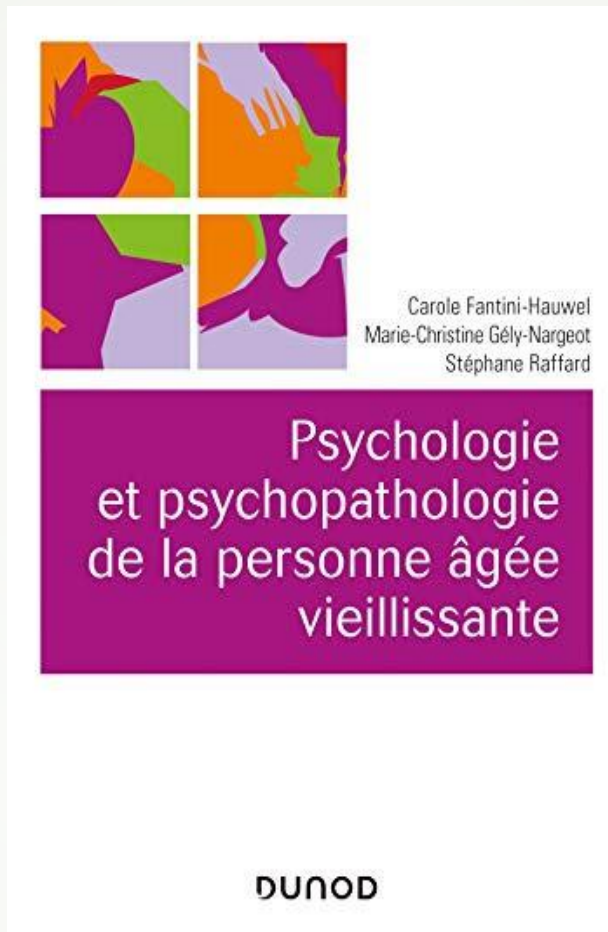
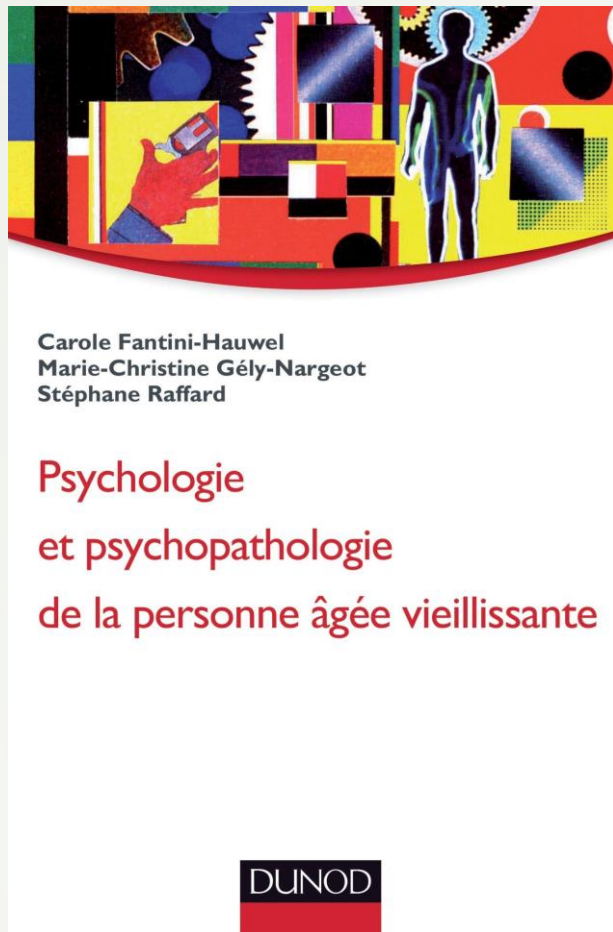
une meilleure
offre de santé

Evolution physiologique

Vieillissement inéluctable

- Les effets du vieillissement sont modestes en l'absence de pathologie (fonctions physiologiques, constantes biologiques) mais variables d'un sujet à l'autre
- Pas de modifications majeures de la personnalité : l'apparition de comportements régressifs ou de traits de caractère plus rigides doivent faire rechercher une affection sous-jacente

Eléments de littérature

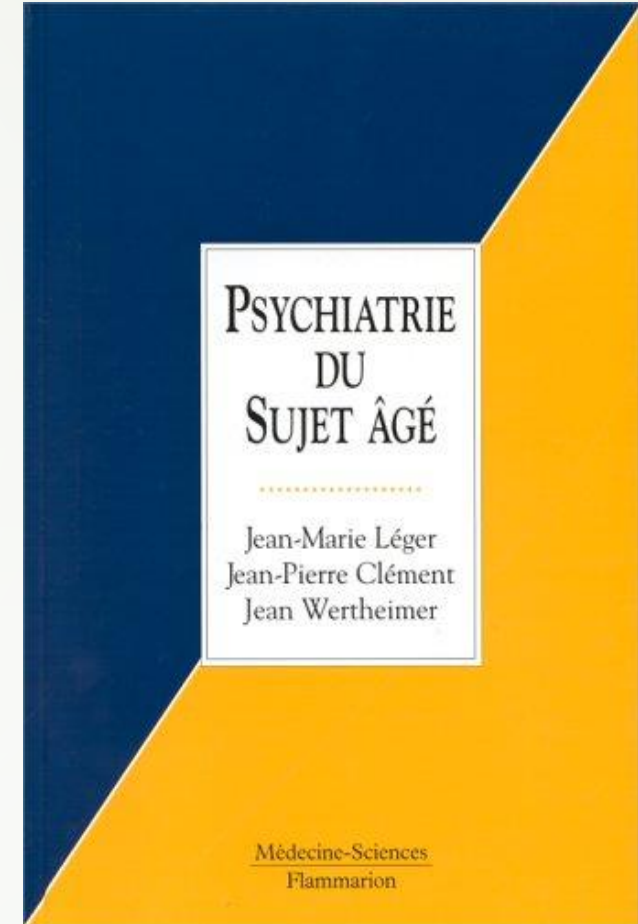
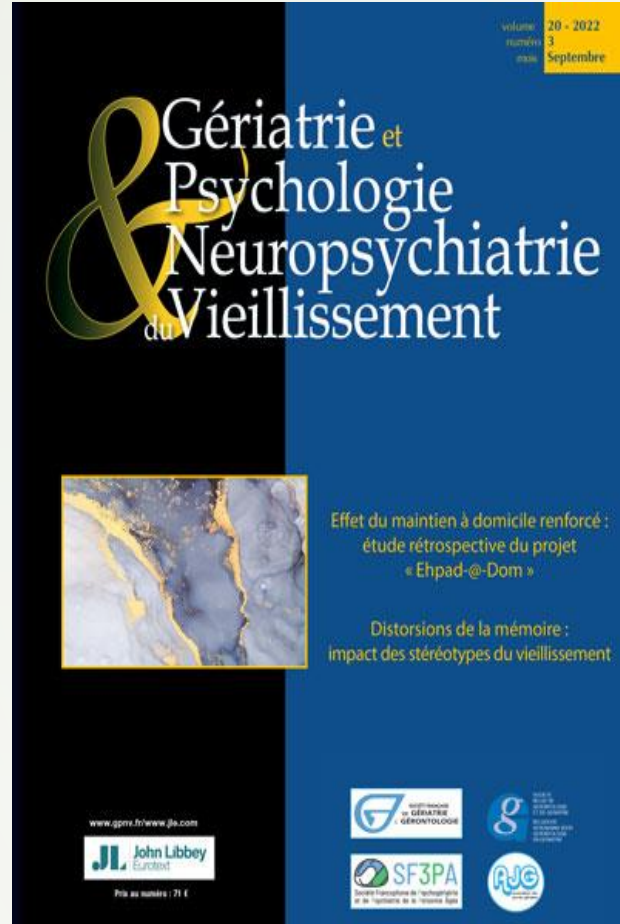


Evolution physiologique

Vieillessement inéluctable

- Au niveau intellectuel, on note une augmentation de la plainte sur les capacités mnésiques diminuées (Christian Derouesne, 1994)
- Diminution modeste des performances et de l'adaptabilité (altération des activités nécessitant des réactions rapides ou précises)
- Maintien de l'imagination et de la créativité

Eléments de littérature



Evolution physiologique

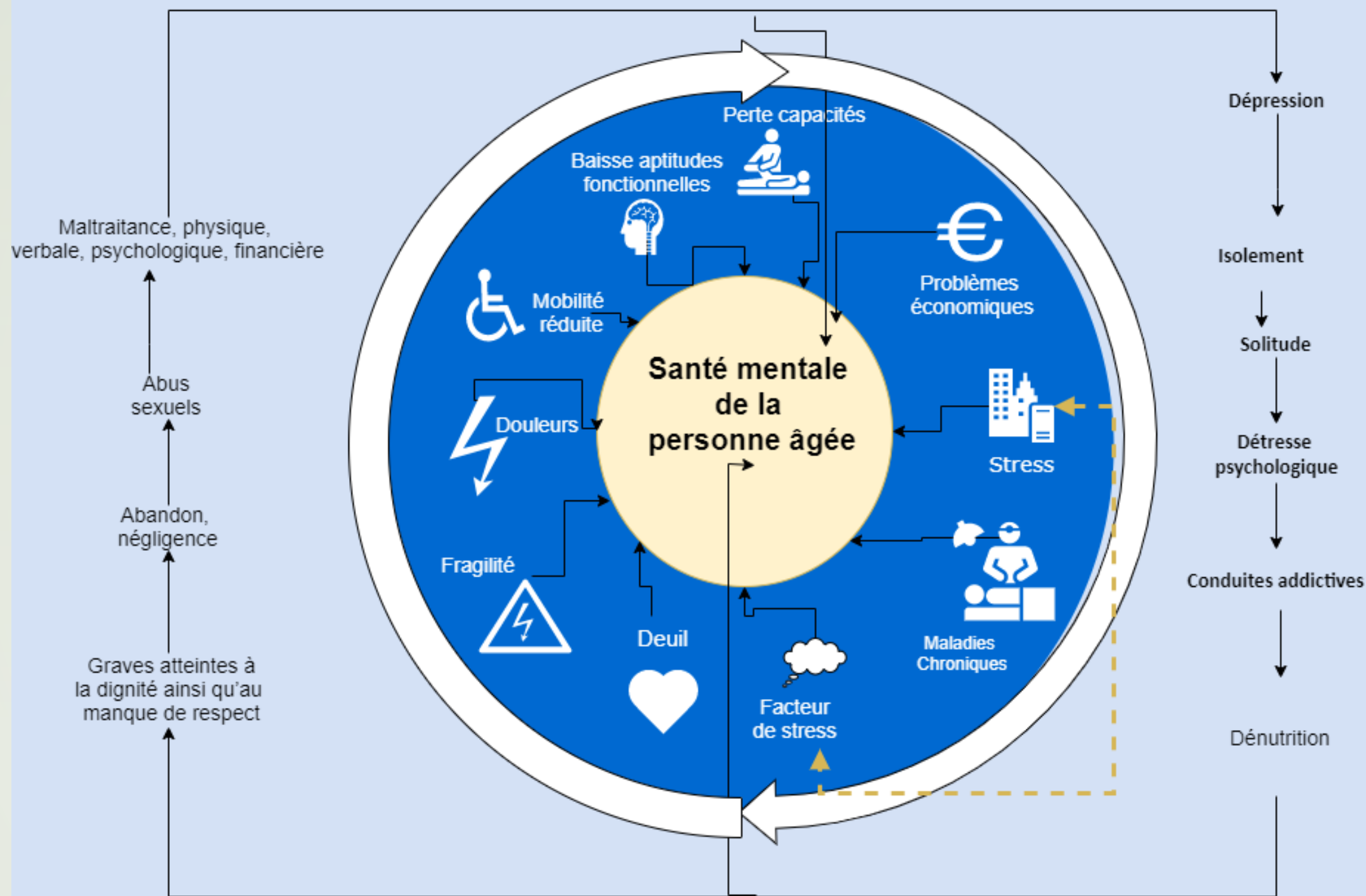
Aspects psychodynamiques

- Le vieillissement engendre une crise existentielle à l'état d'équilibre psychologique instable et aux événements éprouvants (retraite, isolement social, éloignement des enfants, déménagement, deuil, conflit familial, affections somatiques, altérations sensorielles, diminution des ressources, etc.)
- Un sentiment de perte de pouvoir, d'efficacité ou d'atteinte de l'identité sociale, un avivement de l'idée de mort

Evolution physiologique

Aspects psychodynamiques

- Élaboration d'une série d'ajustements et de réorganisations psychologiques face à ces pertes : importance de la personnalité antérieure
- Efficacité des mécanismes de défense : capacité d'acquérir des pôles d'intérêts différents de ceux des précédentes étapes de sa vie
- Les mécanismes de défense dépassés : altération de l'estime de soi et régression narcissique ⇒ éclosion de troubles psychiatriques



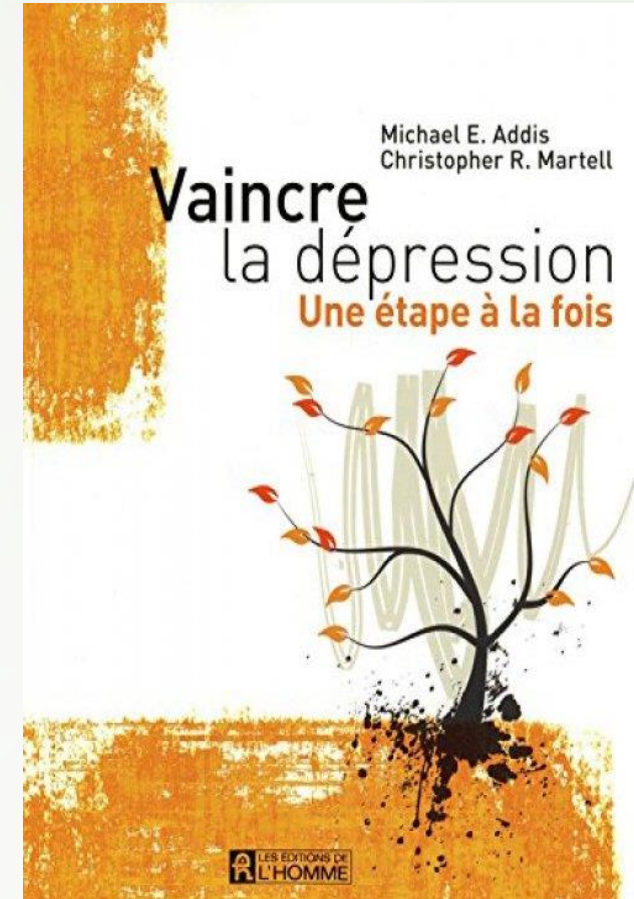
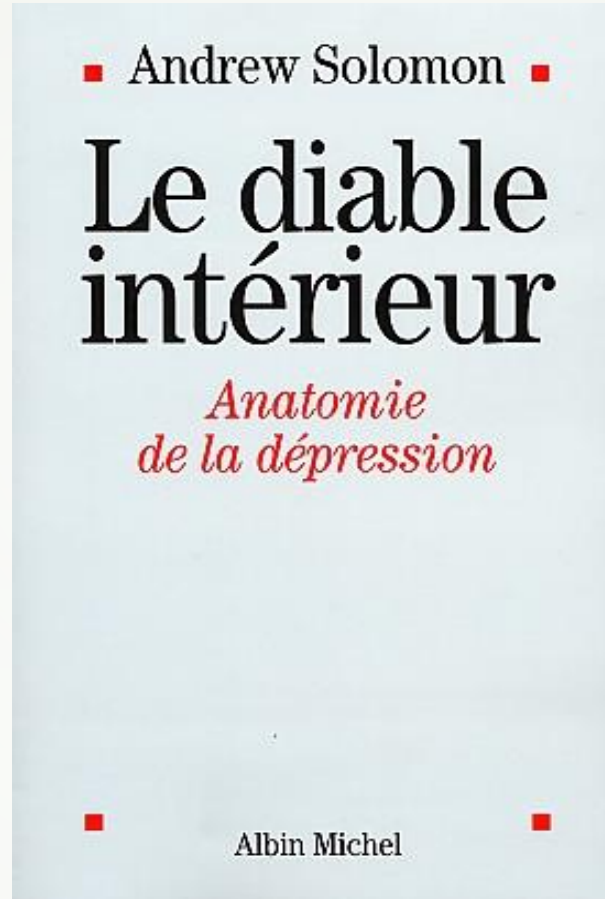
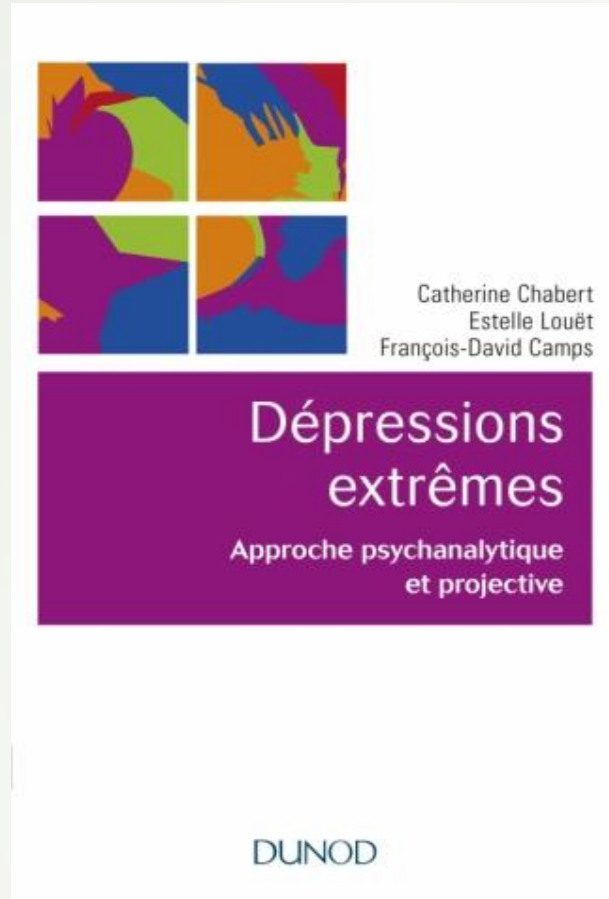
Etats dépressifs

Réflexions critiques

Note introductive

■ La dépression est l'un des principaux sujets de discussion de la psychiatrie contemporaine pour de multiples raisons : problèmes de définition dans ses rapports avec la normalité, problèmes étiologiques dans la reconnaissance éventuelle d'un trouble organique ou psychique dont elle serait l'une des manifestations, enfin problèmes nosologiques entre les anciens et les modernes

Eléments de littérature



Note introductive

Analyse sémantique

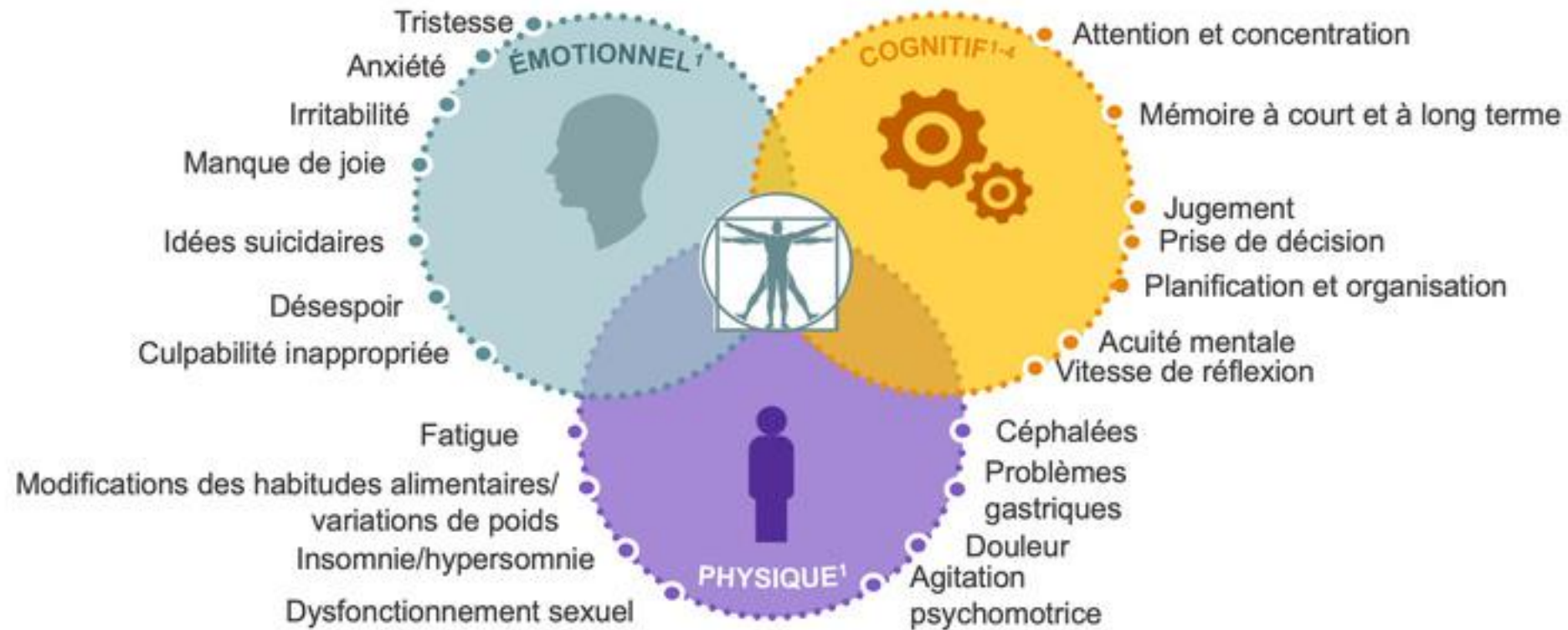
■ L'étymologie du mot *dépression* vient du latin *deprimere* signifiant « exercer une pression de haut en bas » : ce terme peut aussi s'entendre comme un synonyme d'affaissement, employé dans le milieu de l'économie et de la météorologie, il a également plusieurs acceptions dans le domaine médical

Note introductive

Analyse sémantique

- En psychiatrie, son sens a évolué pour arriver aux concepts actuels où le terme dépression désigne un symptôme (sentiment de tristesse pathologique), un syndrome dont le symptôme est l'élément essentiel, enfin, la maladie dépressive

La dépression est une maladie hétérogène sur le plan clinique



1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013; 2. Marazziti D et al. *Eur J Pharmacol* 2010;626(1):83-86; 3. Hammar A, Ardal G. *Front Hum Neurosci* 2009;3:26. doi: 10.3389/neuro.09.026.2009; 4. Fehnel SE et al. *CNS Spectr* 2013;21:43-52.

Note introductive

Analyse sémantique

- Le terme *dépression* – pris isolément – est devenu dans le langage courant le véritable « mot valise » de ce nouveau siècle où il désigne des états affectifs qui n'ont que peu de choses à voir avec le sens psychiatrique
- Il est souvent considéré comme le synonyme de *déprime* : le *spleen* de notre époque ou plus vraisemblablement une manière d'exprimer toute l'inquiétude que l'on peut ressentir face aux difficultés de la vie quotidienne



Note introductive

Analyse sémantique

■ En psychiatrie, ce terme vaut surtout par l'adjectif qui lui est associé car il existe de très nombreuses formes cliniques de dépression qui peuvent être primaires ou secondaires, névrotiques ou mélancoliques (selon la terminologie classique), mineures, majeures, saisonnières, dysthymiques, brèves récurrentes, unipolaires ou bipolaires (selon la terminologie moderne)

Epidémiologie

Etats dépressifs

Etats dépressifs

Leur prévalence

- Les états dépressifs sont les troubles psychiatriques les plus fréquents : l'OMS en donne une estimation d'environ 10% en population générale (prévalence sur toute la vie), cela représente 80% des psychotropes prescrits en médecine générale et 20% des psychotropes prescrits par les psychiatres

Facteurs environnementaux

- Isolement social, conflit interpersonnel
- Retraite, perte de proche, veuvage
- Problème financiers, changement de domicile
- Perte d'autonomie liée aux pathologies somatiques
- Niveau intellectuel bas, carence relationnelle
- Traitement médicamenteux potentiellement dépressiogène

Facteurs organiques

- Accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, démence, insuffisance cardiaque, dysthyroïdie, douleurs chroniques, cancer, déficits sensoriels

Facteurs internes

- Vulnérabilité dépressive, antécédents thymiques
- Sexe féminin (chez les moins de 85 ans)

Facteurs biologiques

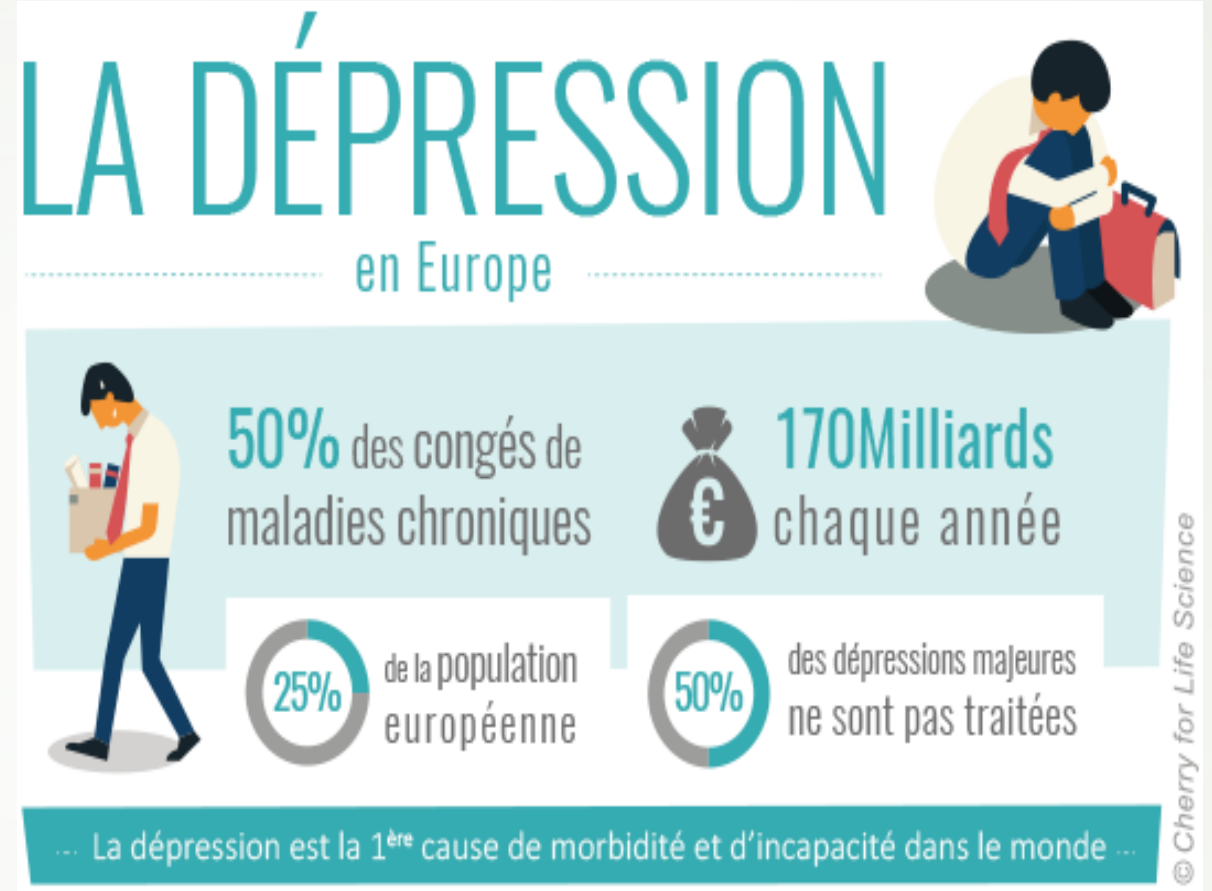
- Diminution des neurotransmetteurs au niveau cérébral (sérotonine, noradrénaline et dopamine)
- Risques génétiques mal connus

Etats dépressifs

Leur prévalence

- Leur fréquence est en augmentation régulière en raison de l'augmentation des stress psychosociaux de la vie moderne
- Les périodes à risque classiques : adolescence, maternité-paternité, ménopause, chômage, retraite, vieillesse, divorce, veuvage

Prévalence des états dépressifs



Etats dépressifs

Leur prévalence

■ Toute situation qui génère un traumatisme affectif est susceptible d'évoluer vers un état dépressif – la gravité se chiffre en nombre de suicide – les difficultés de mesure sont nombreuses en raison de la diversité des formes cliniques, leur traduction culturelle et leur expressivité somatique parfois dominante

Etats dépressifs

Leur prévalence

- La dépression est la pathologie mentale la plus fréquente – 250 millions de personnes chaque année (OMS) – la 2^e cause d'incapacité dans le monde en 2020
- Prévalence de la dépression chez le sujet âgé : > 65 ans (8 à 16%), > 85 ans (10 à 15%), institution (10 à 45%)
- Risque suicidaire

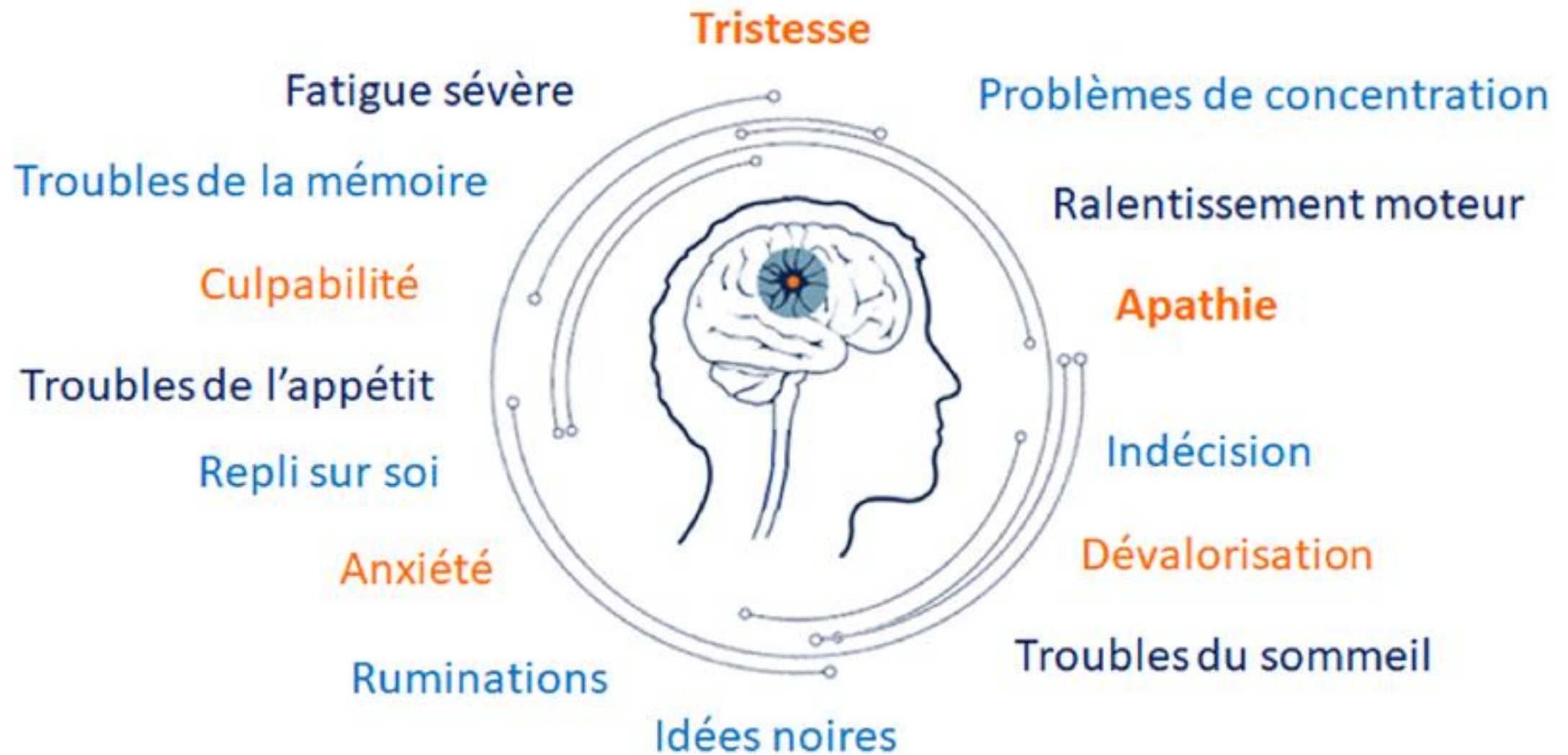
Sémiologie clinique

Etats dépressifs

Éléments de définition

Analyse sémantique

- La définition même de la dépression est source de controverses : si l'on s'en tient à une classification critériologique (CIM-10 ou DSM-V), elle peut paraître simple en apparence (présence d'au moins cinq symptômes parmi une liste proposée)



Éléments de définition

Analyse sémantique

■ Aujourd'hui, de nombreux patients présentant une dépression au sens clinique ne remplissent pas ces critères et certains reprochent à cette classification d'être trop extensive et d'inclure des patients qui ne sont pas authentiquement des sujets déprimés

Eléments de définition



Éléments de définition

Analyse sémantique

- Le terme état dépressif traduit un ensemble de symptômes de durée et d'intensité suffisante pour être source de souffrance et de handicap pour le patient
- L'état dépressif est donc un état pathologique s'accompagnant d'une tristesse pathologique, source de souffrance psychique (culpabilité consciente) avec auto-dépréciation et ralentissement de l'activité mentale et physique

Trouble thymique

Éléments cliniques constitutifs

- Le diagnostic de dépression repose sur l'association de plusieurs symptômes qui ne sont pas toujours tous présents en même temps, mais ils constituent ce que l'on appelle le noyau dépressif
- L'ensemble de ces symptômes peut être classifié dans trois rubriques : le trouble thymique, le ralentissement psychomoteur et le syndrome somatique

Trouble thymique

Éléments cliniques constitutifs

- L'humeur demeure dépressive indépendamment du contexte, ce qui l'oppose à l'humeur normale oscillante et réactive : la tristesse dépressive marque habituellement une rupture par rapport à un état antérieur (surtout dans les dépressions névrotiques et la mélancolie)

Trouble thymique

Éléments cliniques constitutifs

- La tristesse est fondamentale par sa durée et son intensité, elle devient pathologique par son retentissement sur la vie affective, intellectuelle et somatique, son expression va s'étendre de la simple morosité à la douleur morale
- Cette tristesse est mal explicable par le principal intéressé : désespoir, fatigue, découragement, épuisement – elle est permanente, tenace et inconsolable – elle se lit sur le visage (l'oméga frontal est un signe majeur de la douleur morale)

Trouble thymique

Éléments cliniques constitutifs

- Le **dégoût de la vie** se traduit par un arrêt des investissements dans l'existence, une perte des intérêts antérieurs prenant l'aspect d'une lassitude, d'un désintérêt progressif et total avec une perte de ressentit de plaisir qui va confiner à l'anesthésie affective (anhédonie)

Trouble thymique

Eléments cliniques constitutifs

- La souffrance morale est une mésestime de soi, une désespérance, une auto-dépréciation : la vie est vécue comme un échec, dans une atmosphère lourde de remord et/ou de culpabilité (conduit souvent au suicide)

Ralentissement psychomoteur

Éléments cliniques constitutifs

- Le ralentissement ou inhibition psychomotrice est l'un des symptômes fondamentaux de la dépression se retrouvant dans pratiquement toutes les cultures
- Selon Daniel Widlöcher, ce ralentissement est au centre du syndrome dépressif : il est responsable de l'altération des capacités cognitives, des difficultés de concentration qui contribuent à entretenir le déprimé dans ses idées d'incapacité

Ralentissement psychomoteur

Éléments cliniques constitutifs

- Le ralentissement psychomoteur est une lenteur d'idéation, les pensées sont difficiles et se simplifient sous la forme de ruminations : on relève une baisse des capacités attentionnelles ainsi que des capacités de raisonnement
- Le ralentissement moteur se traduit par des gestes lents et rares qui aboutissent à un apragmatisme (impossibilité de passer à l'action), le visage est peu expressif monotone, ne traduisant aucun affect

Troubles du sommeil

Éléments cliniques constitutifs

■ Les troubles du sommeil, le plus souvent à type d'insomnie sont très fréquents, voire constants, caractérisés par des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes suivis de ruminations tristes, le sommeil n'est plus réparateur (asthénie matinale), parfois, au contraire, tendance à l'hypersomnie

Syndrome somatique

Eléments cliniques constitutifs

- **L'asthénie est constante**, c'est une fatigue totale, un abattement à la fois physique psychique et sexuel (non calmée par le repos)
- **Les troubles des conduites alimentaires** sont essentiellement l'anorexie avec un amaigrissement majeur et rapide (souvent associée au dégoût alimentaire) ; la boulimie peut se rencontrer dans certaines dépressions

Syndrome somatique

Éléments cliniques constitutifs

- L'anxiété est une composante essentielle de la dépression, elle est permanente et généralisée et peut même dominer voire masquer le trouble de l'humeur : elle pose, selon son intensité, le problème du diagnostic et de la prise en charge des dépressions anxieuses (souvent graves)
- La question des états anxio-dépressifs est un débat non-clos de nos jours car il existe une comorbidité importante des troubles dépressifs

Syndrome somatique

Intrications complexes

- Les dépressions masquées (somatisations) sont moins fréquentes et présentent un tableau clinique d'allure somatique où sont souvent présentes des plaintes hypocondriaques (psychalgies dépressives) et une asthénie
- Il existe parfois une intrication entre maladie dépressive et maladies somatiques aux interférences multiples

Dépression du sujet âgé

Particularités cliniques

Symptômes	Sujet âgé	Adulte
Humeur dépressive	+/-	+++
Troubles cognitifs	+++	+
Plaintes somatiques	+++	+ / +++
Pensées dépressives	+++	+++
Insomnies	+++	++
Agitation, anxiété	+++	+ / +++
Idées suicidaires	+/-	+++
Suicide réussi	+++	+/-

Idées morbides & suicidaires

Éléments cliniques constitutifs

- Les idées noires font partie intégrante du tableau dépressif, elles apparaissent comme solution possible à la situation présente, tout d'abord sous la forme de vague idée suicidaire, puis jusqu'à la genèse d'une stratégie précise et efficace ; elles sont le plus souvent permanentes et généralisées

Idées morbides & suicidaires

Eléments cliniques constitutifs

- Les idées suicidaires sont la principale préoccupation des soignants et ceci explique que toute allusion à une intention suicidaire doit être systématiquement prise en compte (mobilisation de tous les moyens possibles afin de diminuer les risques, en gardant en mémoire que le risque zéro n'existe pas !)

Idées morbides & suicidaires



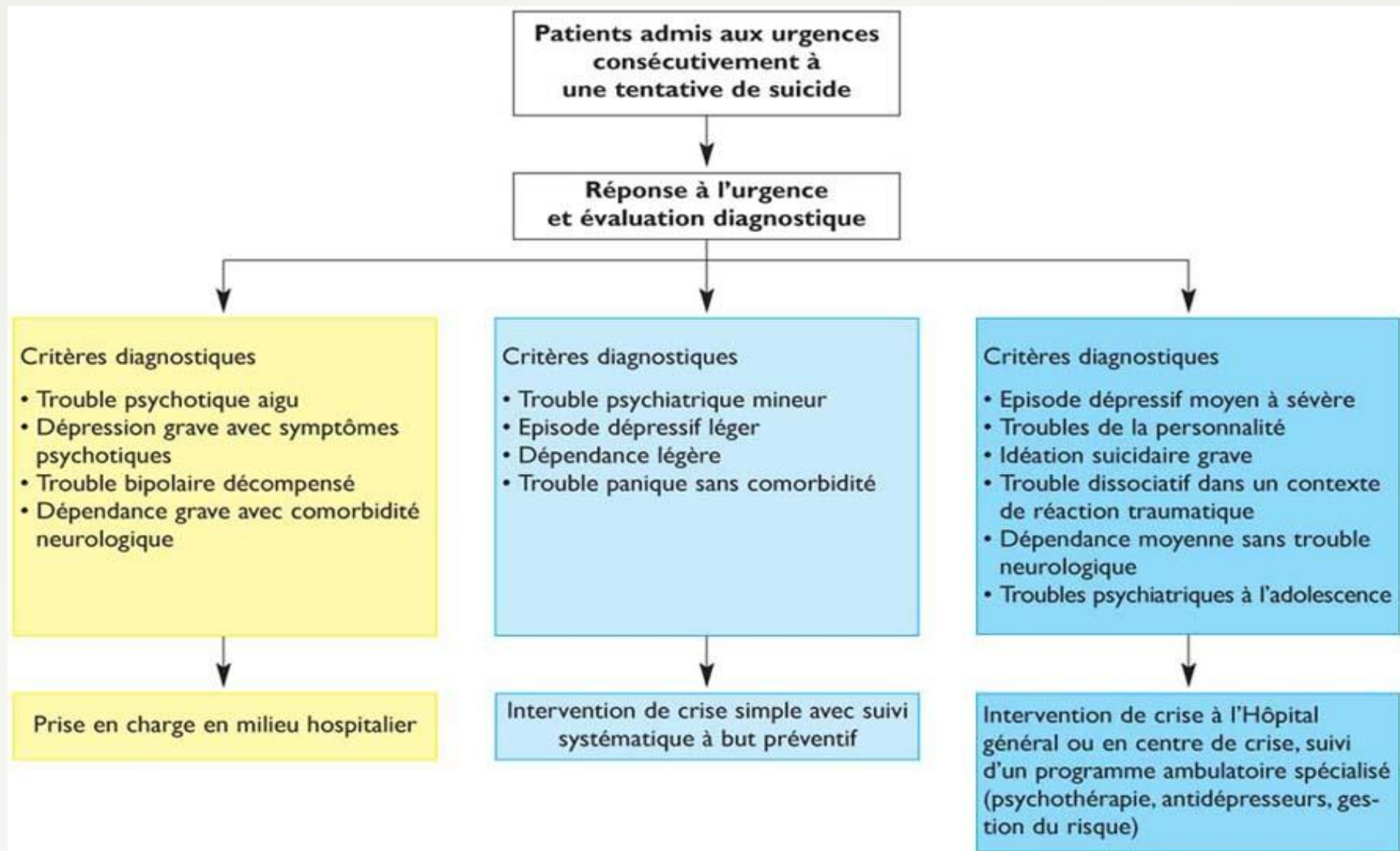
Processus et crise suicidaire



Idées morbides & suicidaires

Éléments cliniques constitutifs

- L'évaluation du risque suicidaire est toujours délicate car celui-ci n'est pas toujours corrélé avec la sévérité globale de l'état dépressif, mais plutôt avec la sévérité de l'état anxieux associé, l'âge, le sexe, etc.
- Aucun élément anamnestique ne peut garantir avec sécurité l'évolution clinique



Etats dépressifs caractérisés

Particularités du sujet âgé

État dépressif du sujet âgé



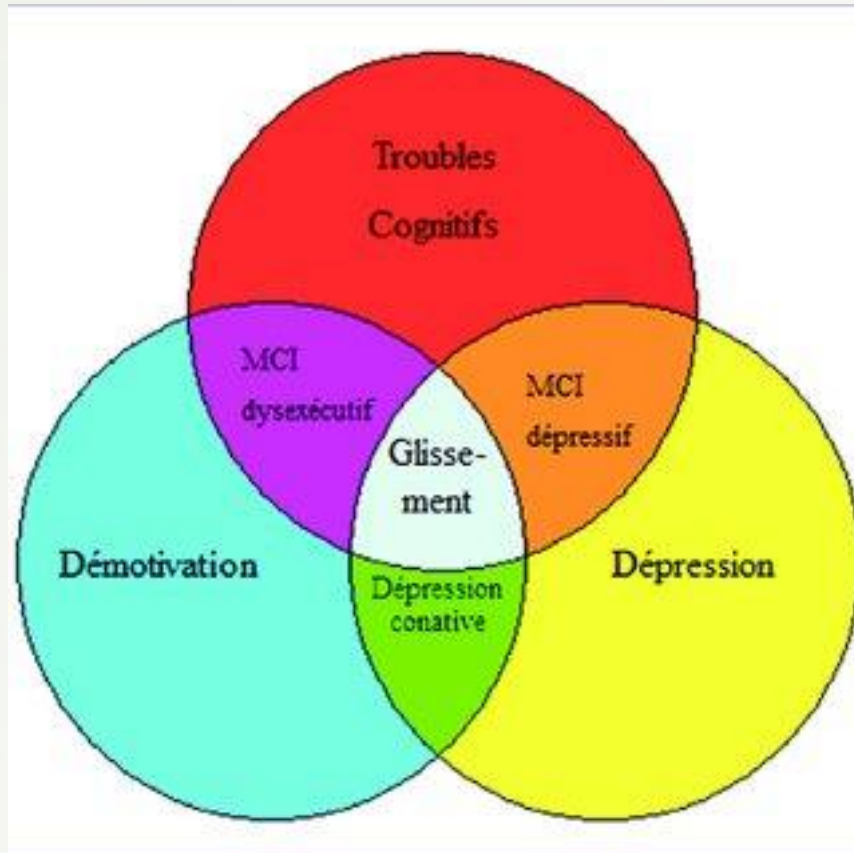
Dépression du sujet âgé

Eléments discriminatifs

- La dépression ne s'inclue pas dans le processus normal du vieillissement chez les personnes âgées, les critères diagnostiques sont identiques à ceux du sujet jeune
- Les obstacles au diagnostic s'expliquent par les particularités cliniques, l'attitude du corps médical face au vieillissement et attention aux attitudes projectives

Dépression du sujet âgé

Facteurs de vulnérabilité



Dépression du sujet âgé

Éléments de mauvais pronostic

- **Sévérité des symptômes dépressifs** peut se conjuguer avec un Parkinson qui doit être toujours équilibrer sinon le traitement antidépresseur ne fonctionnera pas
- **Pathologies cardiovasculaires** (en particulier IDM) augmentent de 25% le risque de dépression – maladies neuro-dégénératives et **diabète**

Dépression du sujet âgé

Éléments de mauvais pronostic

- Dépression à début tardif (plus de 65 ans) troubles cognitifs – stress et insomnie – tumeurs – certains médicaments (β bloquants, corticoïdes, interféron, képra, etc.)
- Maladies psychiatriques sous-jacentes – addiction OH et jeux – ralentissement psychomoteur – pauvreté des relations sociales

Dépression du sujet âgé

Éléments de mauvais pronostic

- Évolution naturelle de la dépression à six ans est médiocre, jamais de rémission complète avec un passage à la chronicité
- Quelques facteurs protecteurs possibles si niveau socioéducatif élevé, spiritualité et religiosité, engagements dans des activités associatives, conduite automobile

Dépression du sujet âgé

Éléments de mauvais pronostic

Facteurs environnementaux

- Isolement social, conflit interpersonnel
- Retraite, perte de proche, veuvage
- Problème financiers, changement de domicile
- Perte d'autonomie liée aux pathologies somatiques
- Niveau intellectuel bas, carence relationnelle
- Traitement médicamenteux potentiellement dépressiogène

Facteurs organiques

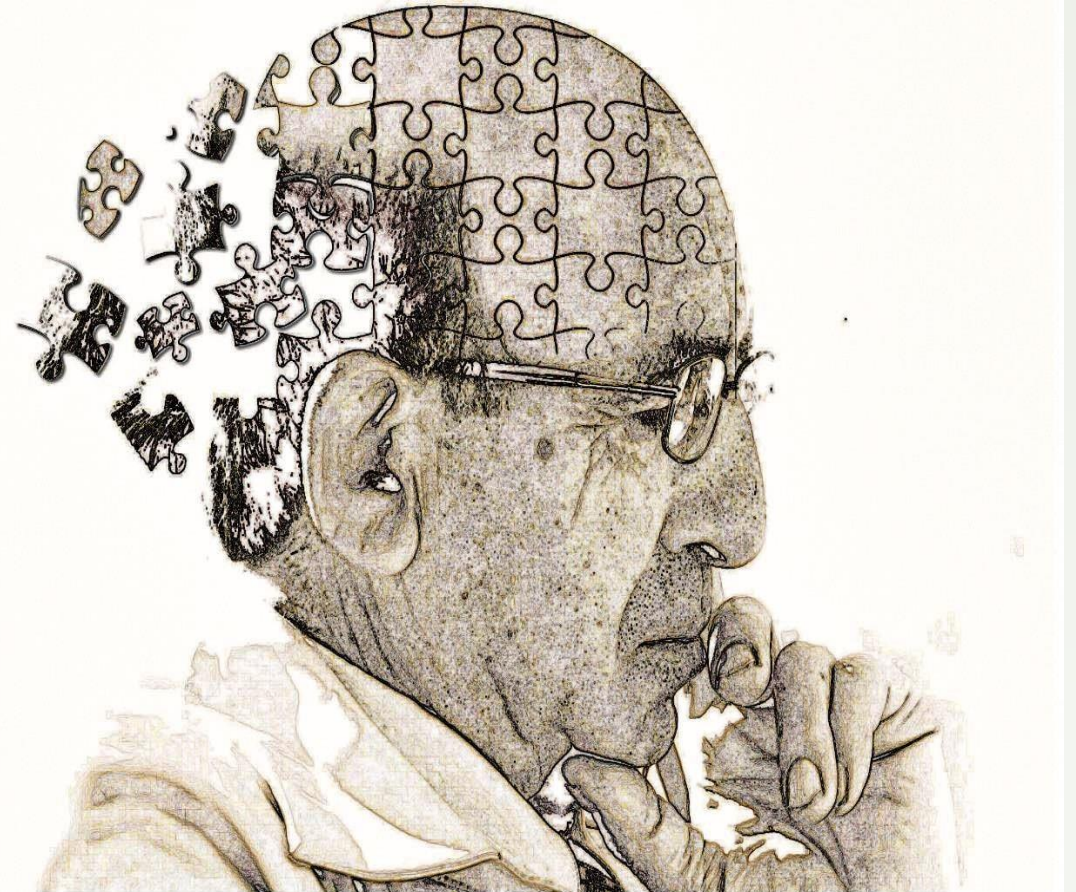
- Accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, démence, insuffisance cardiaque, dysthyroïdie, douleurs chroniques, cancer, déficits sensoriels

Facteurs internes

- Vulnérabilité dépressive, antécédents thymiques
- Sexe féminin (chez les moins de 85 ans)

Facteurs biologiques

- Diminution des neurotransmetteurs au niveau cérébral (sérotonine, noradrénaline et dopamine)
- Risques génétiques mal connus



Dépression du sujet âgé

Particularités cliniques

- Les personnes âgées correspondent à la tranche d'âge la plus suicidante réussie, après 75 ans le risque est multiplié par 10 ; la récurrence est fréquente (triste record de réussite transgénérationnel (2♂ pour 1♀))
- Éléments comparatifs de genre trouvent pour les ♂ ≥ 65 ans 1 suicide pour 1 TS, pour les ♀ 1 suicide pour 3 TS, (les femmes âgées de 25 ans 1 suicide pour 160 TS)

Dépression du sujet âgé

Particularités cliniques

- Utilisation de moyens radicaux et violents – idées suicidaires peu verbalisées – fréquence des équivalents suicidaires
- Equivalents suicidaires les plus fréquents trouvent le refus de traitement, le refus alimentaire, l'automutilation et les conduites addictives

Suicide du sujet âgé

Particularités cliniques

- Pendaison 57,6% (♂et♀) ; noyade (majorité♀) ; intoxication (3♀/1♂) ; arme à feu 17,9% (8♂/1♀) ; défenestration (2♀/1♂)
- Equivalents suicidaires les plus fréquents trouvent le refus de traitement, le refus alimentaire, l'automutilation et les conduites addictives

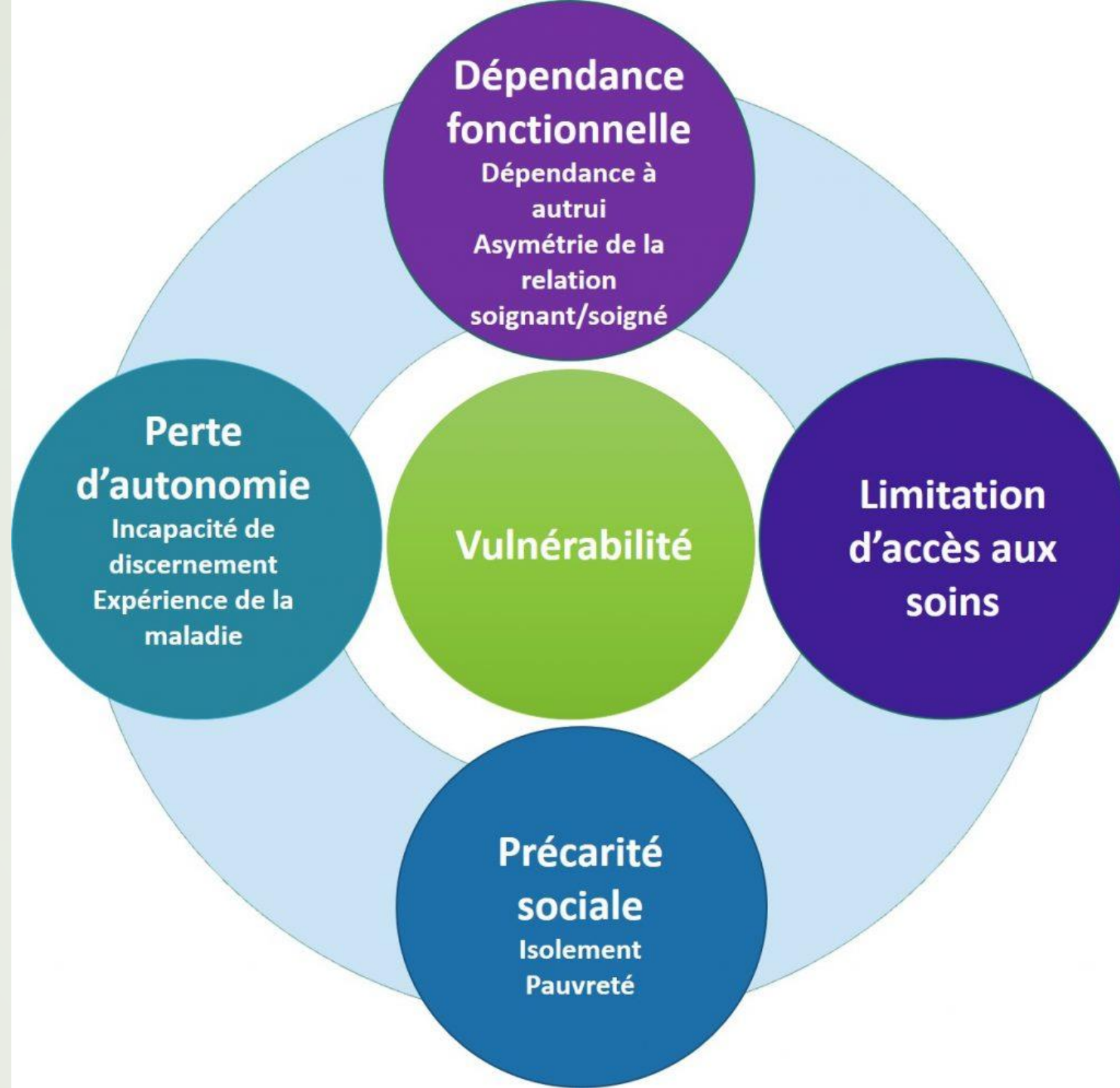
Hypothèses étiopathogéniques

Etats dépressifs

Complémentarité des concepts

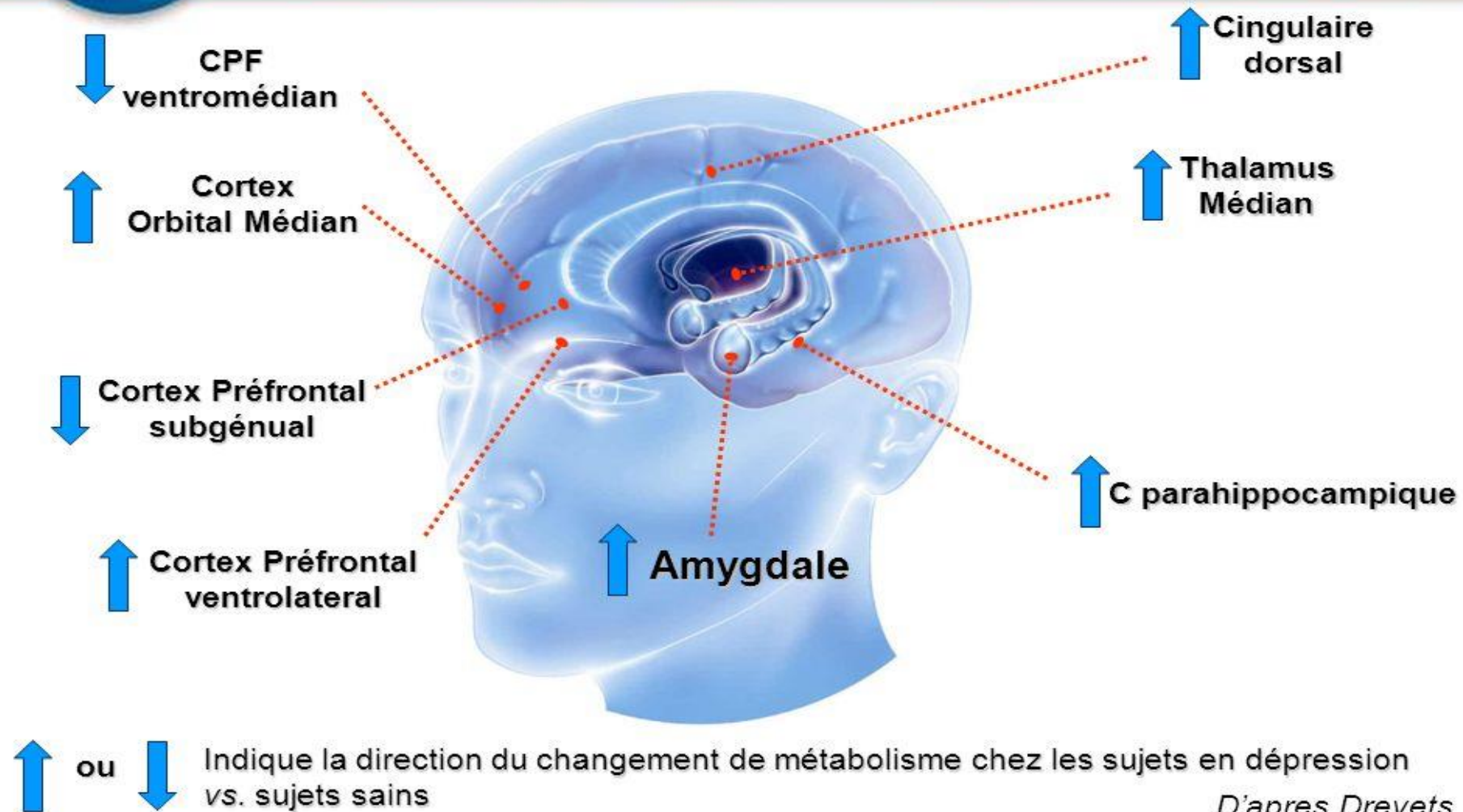
Adaptation psychologique

- Les approches psychanalytiques et cognitivistes sont finalement plus complémentaires qu'opposées : il faut comprendre les diverses « logiques de la dépression » et l'interaction constante avec les contraintes d'ordre psychosocial et celles qui relèvent de la neurophysiologie et de la biochimie cérébrale





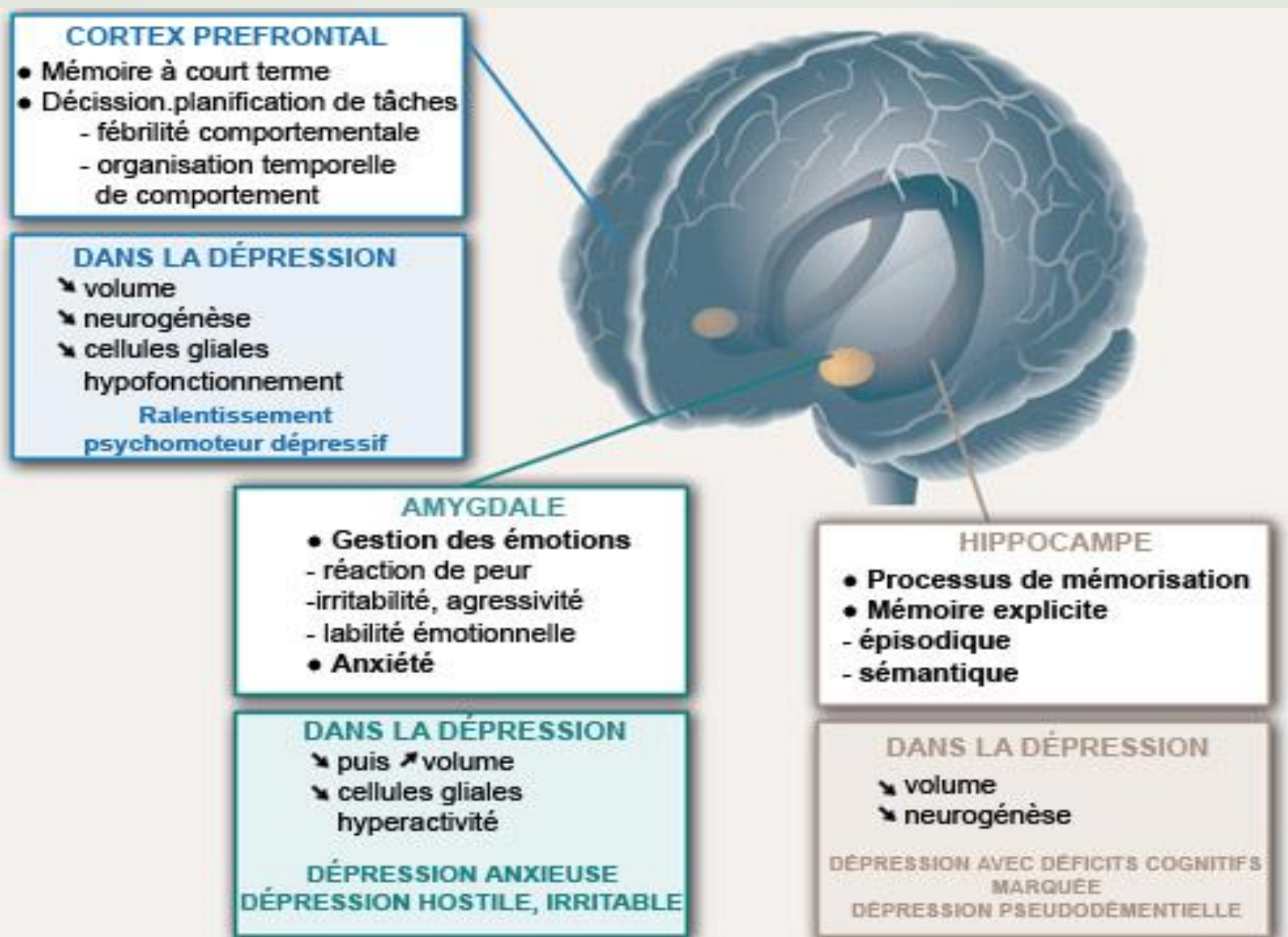
Anomalies fonctionnelles de la dépression



Complémentarité des concepts

Adaptation psychologique

- La dépression peut être envisagée comme « un dispositif comportemental inné qui s'impose à certains sujets lorsque les circonstances l'appellent ou lorsqu'une prédisposition neurobiologique s'y prête »
- La dépression serait une réponse, un état cérébral lié à l'impossibilité d'échapper à une situation pénible, à l'incapacité de pouvoir changer cette situation



Structures cérébrales impliquées dans la dépression : modifications structurales et fonctionnelles, rôle dans la symptomatologie dépressive.

Complémentarité des concepts

Adaptation psychologique

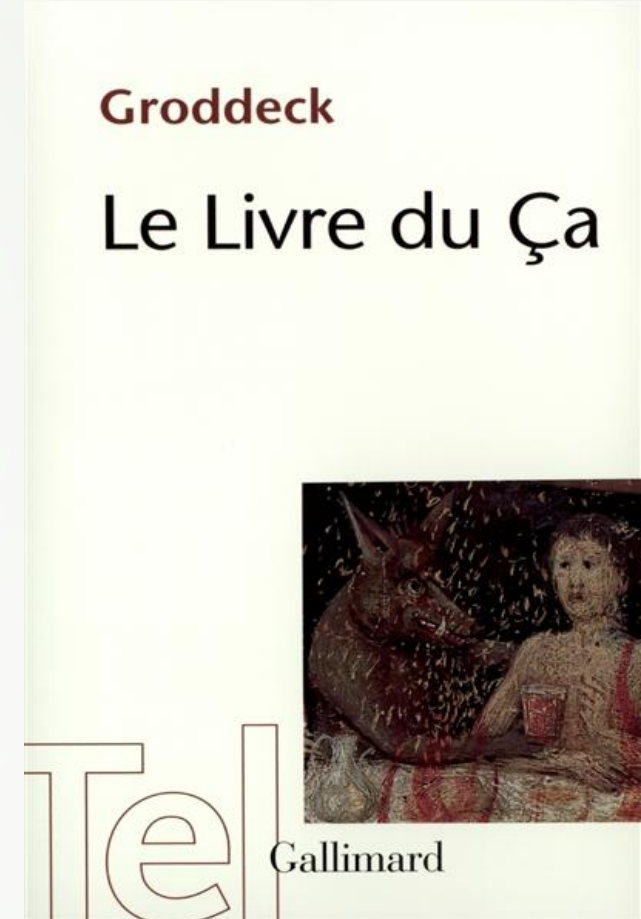
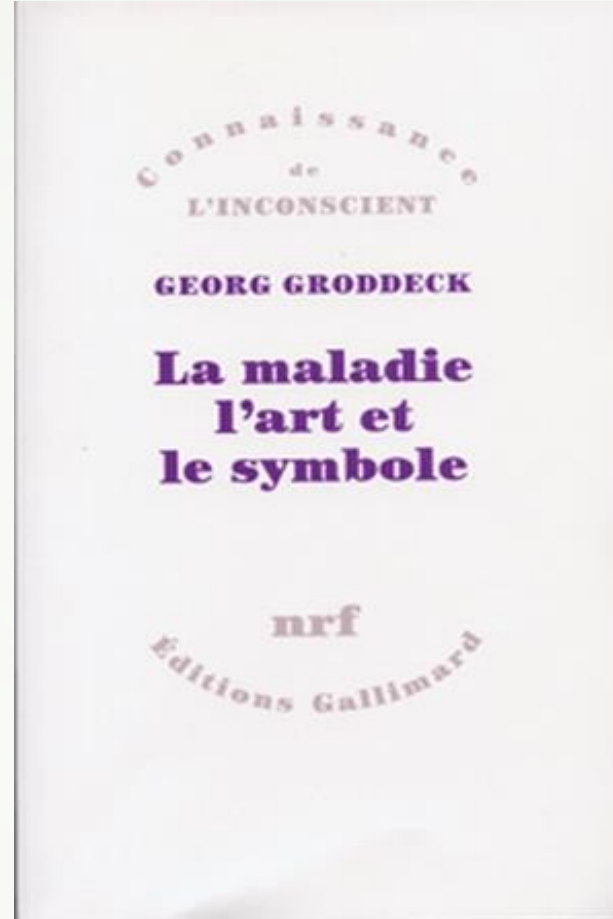
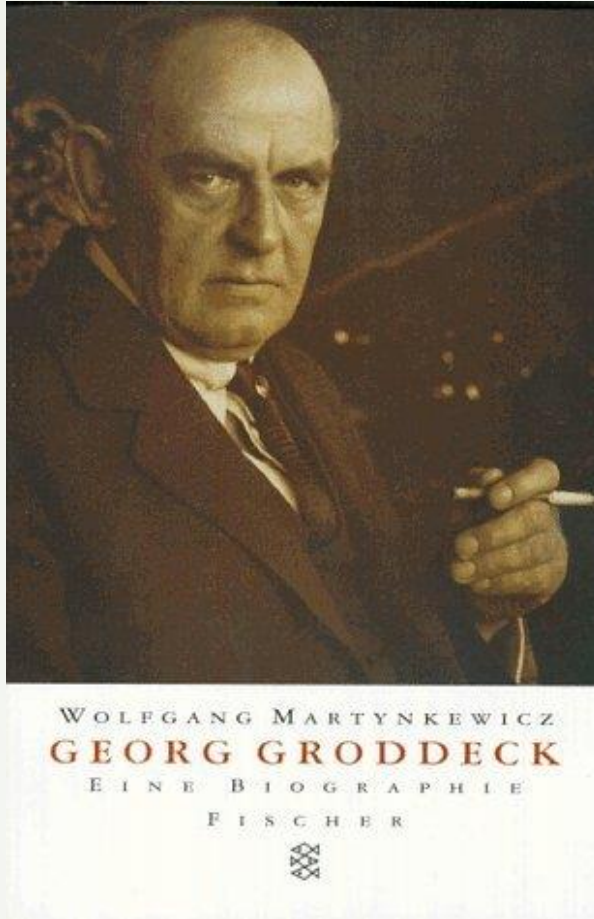
- Si cet « état cérébral pathologique » cède la plupart du temps aux médicaments modernes, la psychothérapie permettra au déprimé de prendre conscience des mécanismes psychiques qui provoquent ou entretiennent la souffrance mentale, puis d'en prévenir la récurrence

Complémentarité des concepts

Compréhension psychanalytique

- Georg Walter Groddeck soutient qu'on a tous les âges à chaque instant
- On songe – spontanément – à la persistance de ces êtres de nous-même qui s'attardent au-delà de leur temps parce qu'ils n'ont pas obtenu ce qu'ils souhaitent quand c'était le moment (Bergounioux P., 2019)

Georg Walter Groddeck

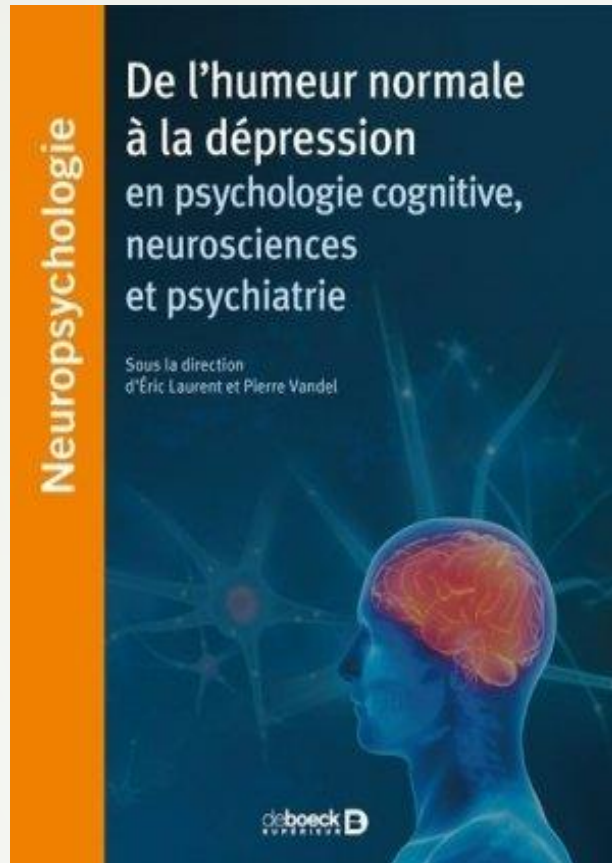


Complémentarité des concepts

Compréhension psychanalytique

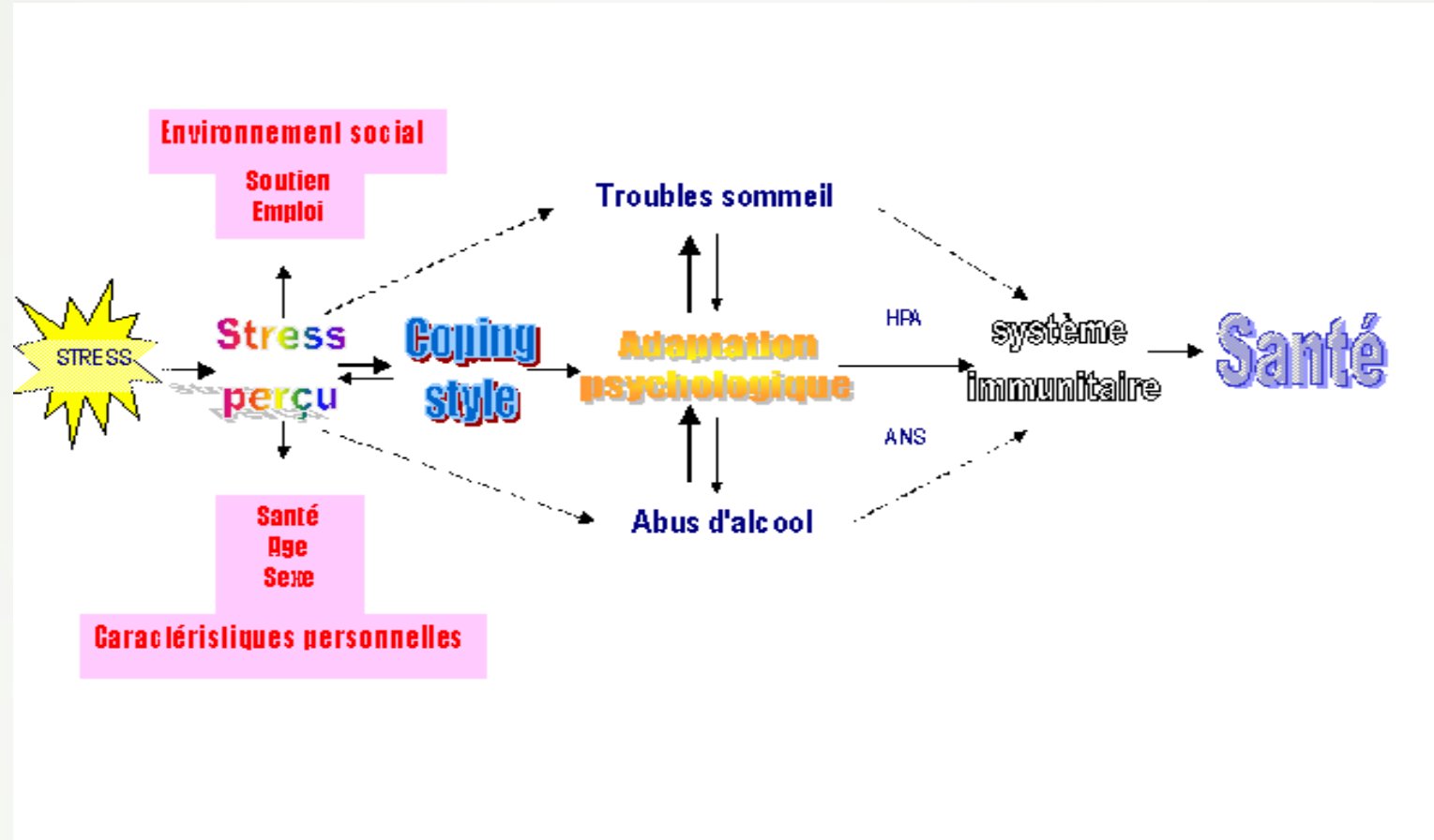
■ Ces être de nous-même attendent réparation, réclament justice et, à la moindre inadvertance de notre part, de celui que l'on est au présent, font irruption et cherchent à nous ramener en arrière, dans le passé (Bergounioux P., 2019)

Eléments de littérature



Complémentarité des concepts

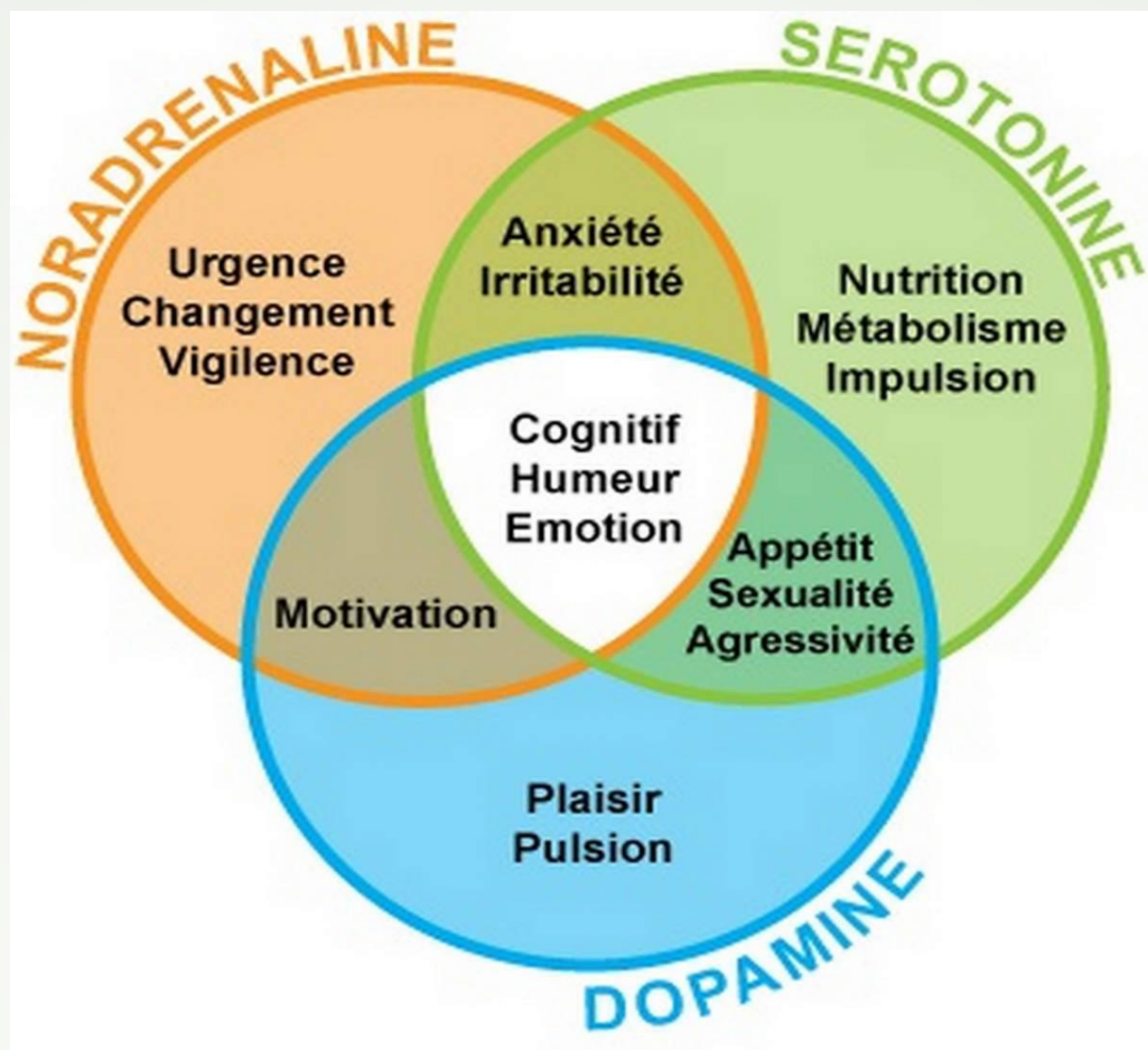
Adaptation psychologique



Complémentarité des concepts

Carrefour des neuromédiateurs

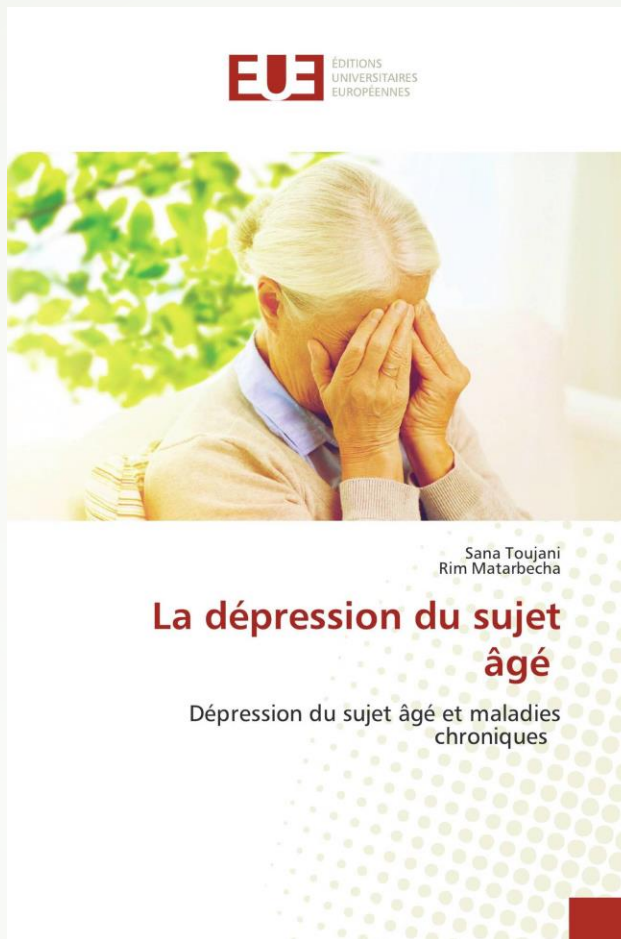
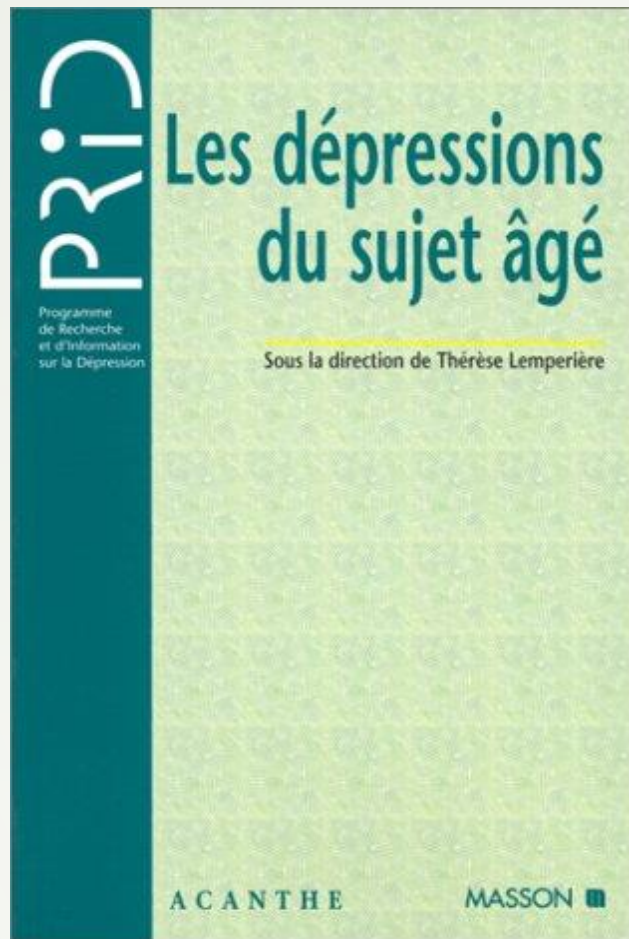
- Les principales anomalies biologiques mises en évidence dans les états dépressifs n'ont pas permis d'établir un modèle biochimique de la dépression
- L'étude des neuromédiateurs et des antidépresseurs ne permet pas d'établir une théorie monoaminergique des dérèglements de l'humeur malgré le rôle important des monoamines dans les processus pathologiques et thérapeutiques



Particularités sémiologiques

Etats dépressifs du sujet âgé

Éléments de littérature



Etude symptomatique

Particularités sémiologiques de la personne âgée

- L'humeur dépressive est parfois absente et la verbalisation est pauvre, remplacée par un émoussement affectif voire une indifférence affective, le repli sur soi (le patient ne veut pas déranger)
- Le ralentissement psychomoteur est quasi constant avec troubles de l'attention et de la concentration, le sentiment d'inutilité est toujours présent associé à une lassitude de la vie (toutes les journées se ressemblent)

Etude symptomatique

Particularités sémiologiques de la personne âgée

- Une certaine irritabilité est le témoin d'une tension intérieure ; les plaintes soma-tiques sont nombreuses allant jusqu'à des préoccupations hypocondriaques (je dois avoir... peut-être que je vais mourir... est-ce que je n'ai pas ça ?)

Dépression du sujet âgé

Facteurs étiologiques

Facteurs environnementaux

- société (norme)
- famille (valeurs, histoire, etc)
- autres relations (amis, collègues, etc)
- cadre de vie (maison, bureau, hôpital, etc)
- évènements (heureux, douloureux, etc)

Facteurs iatrogènes

- anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)
- cortisone
- codéine
- etc (cf liste non exhaustive)

Dépression

Facteurs individuels

- mon identité (qui suis-je ? caractère, image corporelle, besoins, limites, etc)
- mes outils pour faire face (mécanismes de défense, stratégies d'adaptation ou gestion du stress)
- antécédents traumatiques ?

Facteurs biologiques

- vulnérabilité génétique
- perturbations neurobiologiques
- facteurs immunologiques
- maladie (entraîne-t-elle une déficience, une dépendance, un handicap ?)
- vieillesse



Etude symptomatique

Tableaux atypiques

- La dépression masquée est la plus fréquente, dépourvue de douleur morale mais exprimée par des plaintes physiques (60% des patients âgés déprimés)
- Les symptômes prédominants restent les douleurs mal systématisées, fluctuantes dans le temps avec exacerbation matinale ; elles sont source de retard diagnostic et répondent uniquement aux antidépresseurs

Etude symptomatique

Tableaux atypiques

- La dépression hostile se traduit par un tableau bruyant avec agitation et plaintes violentes (algies intenses, intolérables), des ruminations incessantes, des exigences multiples, un refus de soins et refus alimentaire (Féline A. et *al.*, 1991)
- Mécanismes de protection contre l'autodévalorisation (Monfort JC., 1995) mais risque suicidaire majeur et les réponses thérapeutiques classiques sont en échec

Etude symptomatique

Tableaux atypiques

- Les tableaux sévères de dépression de la personne âgée ont une expressivité très proche de – la mélancolie – la dépression délirante – avec un délire congruent à l’humeur à thématique de ruine, persécution, spoliation
- Il existe souvent un facteur déclenchant traumatique, le risque suicidaire est véritablement important, enfin la dépression résistante est un autre tableau de gravité

Etude symptomatique

Tableaux atypiques

- Les tableaux de dépression avec forme régressive s'expriment par une régression affective, une dépendance aux autres, à l'occasion d'une affection somatique
- Il existe souvent un facteur déclenchant traumatique, le refus de s'alimenter, une incontinence, mutisme (syndrome de glissement), risque de grabatisation, anorexie avec désordres hydroélectrolytiques $\Rightarrow$ urgence

Etude symptomatique

Tableaux atypiques

- Troubles cognitifs présents dans 20% des cas sont symptomatiques d'une dépression majeure et potentiellement prédictifs d'une démence ultérieure : dépression à début tardif > 65 ans (Rigaud AS. et *al.*, 2001)
- Facteur de risque de développer ultérieurement une maladie d'Alzheimer serait de 40% à 3 ans (Green RC. et *al.*, 2003)

Etude symptomatique

Similarités démence & dépression

■ **Comportement**, apragmatisme, ralentissement psychomoteur – **Cognition**, avec difficultés de concentration, troubles de mémoire – **Affects**, troubles émotionnels, désinvestissement des activités, perte des intérêts (Alexopoulos GS. et *al.*, 2000)

Dépression	Maladie d'Alzheimer
Installation assez rapide	Installation progressive
Symptômes cognitifs transitoires et fluctuants	Symptômes cognitifs permanents
Progression rapide	Progression lente, insidieuse
Absence d'apraxie et d'agnosie	Présence d'apraxie et d'agnosie
Orientation intacte	Trouble de l'orientation
Troubles mnésiques améliorés par l'indiciage	Troubles mnésiques non améliorés par l'indiciage
Fréquent sentiment de culpabilité	Absence de sentiment de culpabilité
Plaintes centrées sur les troubles cognitifs	Absence de plaintes cognitives
Faible investissement dans les tâches cognitives	Application à effectuer des tâches cognitives proposées
Humeur dépressive prédominante	Humeur labile
Aucune envie de répondre aux questions	Désir de répondre mais réponse pouvant n'avoir aucun sens
Antécédents récents et anciens de troubles mnésiques identiques	Troubles amnésiques des faits récents > faits anciens
Réponse de type : «je ne sais pas»	Réponse de type : «manqué de peu »
Antécédents dépressifs	Antécédents dépressifs au cours de la vie moins fréquents ou inexistants

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes		Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient
	CIM-10	DSM-5	
Léger	2 symptômes dépressifs principaux et 2 autres symptômes dépressifs	Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic	Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes) Quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire
Modéré	2 symptômes dépressifs principaux et 3 à 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est compris entre "léger" et "grave"	Le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère
Sévère	3 symptômes dépressifs principaux et au moins 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic	Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres : par exemple difficultés considérables voire une incapacité à mener le travail, les activités familiales et sociales

Etude symptomatique

Similarités démence & dépression

- Il existe dans la dépression une diminution de l'encodage et de la restitution tout en respectant le processus de consolidation d'où un déficit en rappel libre avec une nette amélioration à l'indiçage
- La reconnaissance et l'apprentissage sont par ailleurs préservés se traduisant par une quasi-absence d'intrusions dans la restitution des mots en situation de test

Etude symptomatique

Similarités démence & dépression

- Ce déficit en mémoire épisodique est donc très différent de celui dit hippocampique observable dans la maladie d'Alzheimer qui s'accompagne par ailleurs d'une anosognosie caractéristique

Formes cliniques

Etats dépressifs du sujet âgé

Etats dépressifs à début tardifs

Eléments cliniques constitutifs

- Ils concernent les états dépressifs du sujet âgé (> 65 ans) : facteurs génétiques moins clairs que chez l'adulte jeune, moins d'antécédents familiaux
- Antécédents de risques cardiovasculaires plus fréquents, AVC, dyslipidémie, HTA, rôle pathogénique des lésions vasculaires sous-corticales
- Rôle discuté de certains gènes impliqués dans les pathologies cérébrovasculaires (Santos Brosch CM., 2010 ; Nieto I. & Bellivier F., 2017)

DEPRESSION DU SUJET AGE

Pathologies endocriniennes	Hypo/hyperthyroïdie Cushing Hypo/hyperparathyroïdie
Pathologies neurologiques	*Parkinson ++, *AVC, *démence Tumeur cérébrale++ hématome sous dural chronique
Pathologies infectieuses	Virales, bactériennes
Affections cancéreuses	*Lymphomes, *néoplasie profonde
Déficits vitaminiques	Folates, vit B12
Altération de l'état général	Insuffisance CV, respiratoire, rénale, Suites d'anesthésie, Pathologies inflammatoires

Etats dépressifs vasculaires

Eléments cliniques constitutifs

- Symptomatologie anxio-dépressive chez le rat après occlusion ACM : les lésions ischémiques $\Rightarrow$ atteinte voies monoaminergiques (?), libération de cytokines pro-inflammatoires, $\downarrow$ concentration intracérébrale de catécholamines

Etats dépressifs vasculaires

Eléments cliniques constitutifs

- Effet de la perte fonctionnelle ? Facteurs psychologiques
- Importance du « fardeau vasculaire » du cerveau chez le sujet âgé : hyperintensités de la SB d'origine ischémique chez les sujets déprimés > contrôles, rôle de la localisation des lésions remis en question

Etats dépressifs vasculaires

Eléments cliniques constitutifs

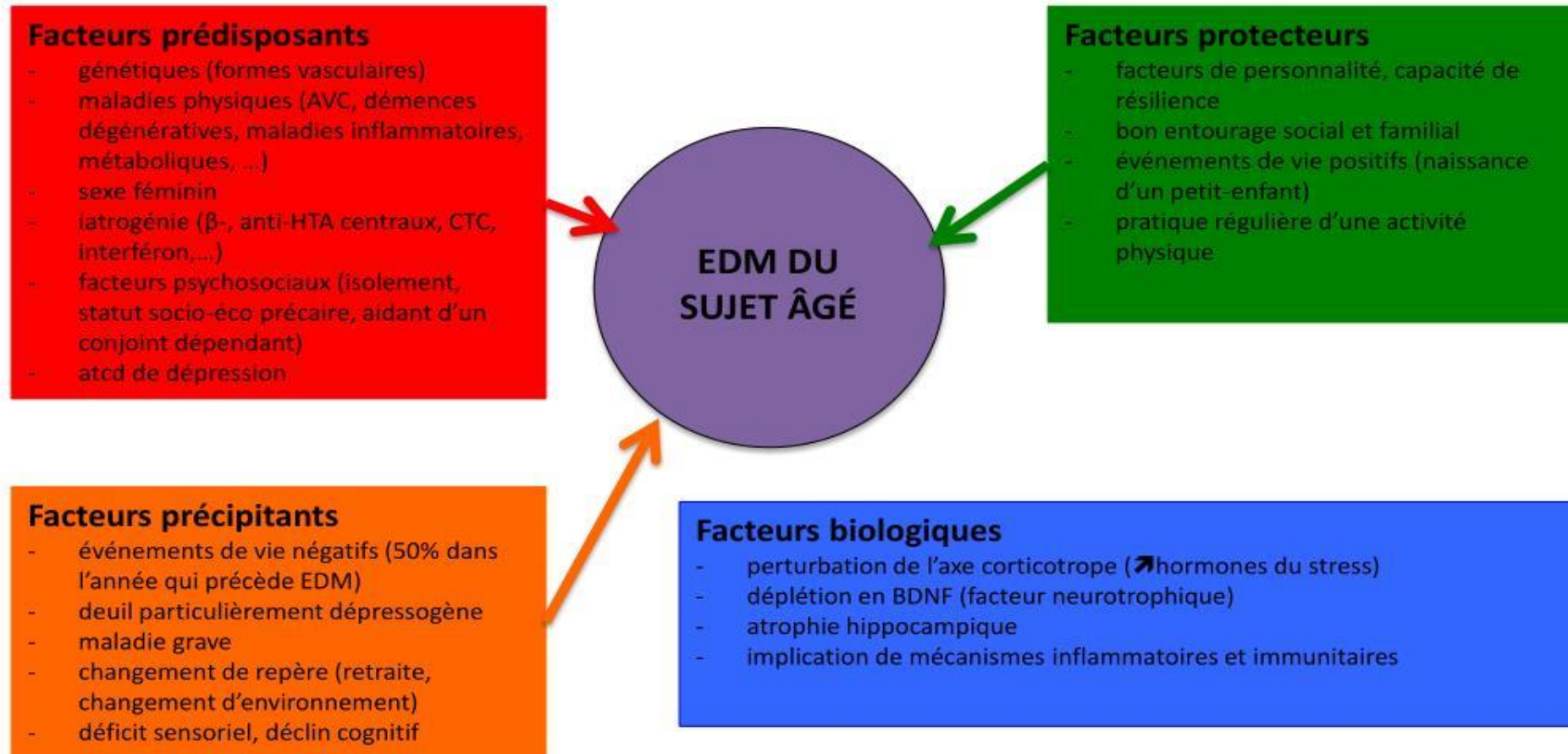
- Particularités cliniques : atteinte cognitive des fonctions exécutives, ↓ motivation et capacités décisionnelles, apathie, idées dépressives moins présentes
- Dépression post-AVC (1/3 des patients) est de moins bon pronostic

Dépression & risque cardiovasculaire

Eléments cliniques constitutifs

- Association au diabète – EDC chez 20% des patients coronariens hospitalisés – état dépressif associé à un surpoids et syndrome métabolique
- La dépression ↑ le risque d'événements CV de 45% avec un moins bon pronostic lors des décompensations et ↑ le risque de décès CV de 25% (Nicholson A., 2006)

ÉTIOPATHOGÉNIE – LA DÉPRESSION DE L'ÂGÉ UNE APPROCHE MULTIFACTORIELLE



Etats dépressifs & suicide

Eléments cliniques de la personne âgée

- **En France**, le taux de suicide est parmi les plus élevés d'Europe (personne âgée le double de celui en population générale)
- **Risque suicidaire méconnu** : 73% des suicidés auraient consulté leur médecin dans le mois précédant le suicide et 45% dans la semaine

Etats dépressifs & suicide

Eléments cliniques de la personne âgée

- **Léthalité importante** : sujet jeune (1 suicide pour 20 à 30 TS), personne âgée (1 suicide pour 4 TS)
- **Facteurs de risque suicidaire** : sexe masculin, veuvage ou divorce

DEPRESSION DU SUJET AGE

Facteurs Biologiques	↘ des neurotransmetteurs au niveau du cerveau Risque génétique mal connu Maladies somatiques*
Facteurs Psychologiques Biographiques	Poids des évènements de la vie - Perte des proches Manque de relations privilégiées Manque d'estime de soi Perte d'autonomie Conséquences de la retraite Changement de domicile
Facteurs Psychosociaux	Réduction du réseau social Solitude - Isolement social Pauvreté - Problèmes financiers

Syndrome de glissement

Non reconnu des classifications officielles

- Le syndrome de glissement correspond à une réalité clinique, terme souvent utilisé à tort ou abusivement – il est rare, grave et rapidement létal – 1 à 4% des sujets âgés > 65 ans, souvent carencés et polypathologiques
- Mortalité très élevée dans les deux mois – plus de 60% des cas avec traitement et 90% des cas sans traitement – les rechutes ne sont pas rares (30%)

Syndrome de glissement

Evolution en trois phases successives

- **Rupture**, par survenue d'une pathologie aiguë entraînant une altération de l'état général – **Intervalle libre** avec guérison apparente du trouble aigu – **Emballement**, c'est-à-dire le glissement à proprement parler
- **Défaillance organique massive** avec altération de l'état général – **anorexie** voire dénutrition ⇒ cachexie – tableau **mélancolie stuporeuse** avec opposition aux soins

Syndrome de glissement

Evolution en trois phases successives

- Evolution souvent fatale, sinon décompensation organique rapide et complications de l'immobilisation – Tableau de mélancolie stuporeuse fulgurante
- Traitement antidépresseur en urgence par voie IV – après concertation avec les médecins gériatres

Démences

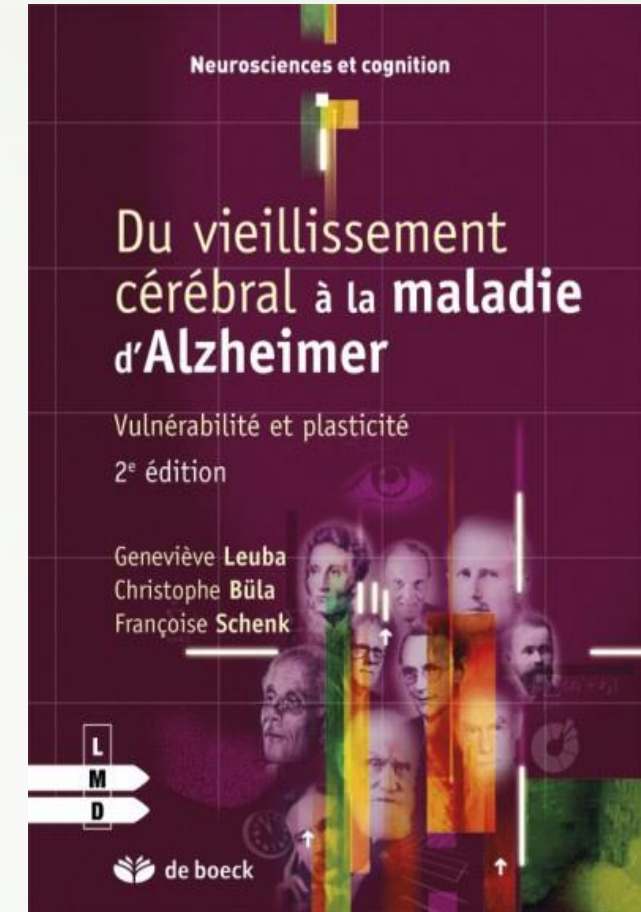
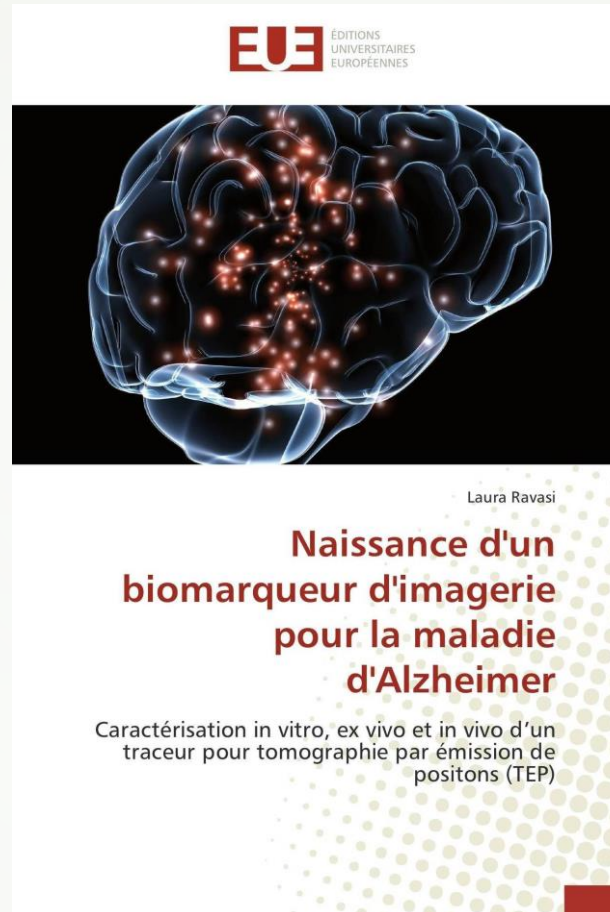
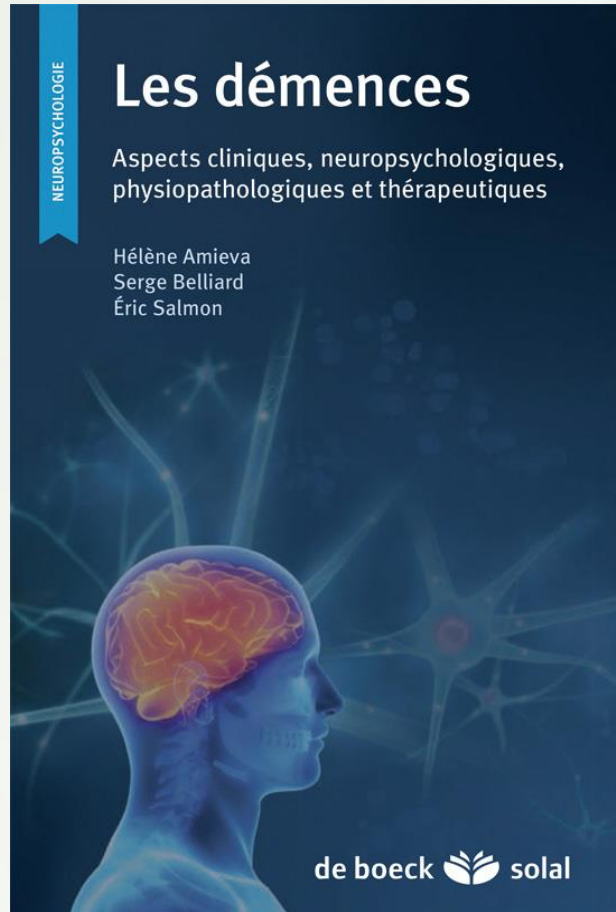
Symptômes psycho-comportementaux

Syndrome démentiel

Observation clinique

■ La description clinique des possibles retrouve une apathie – anxiété – syndrome dépressif – agitation et agressivité – délire – hallucinations – illusions perceptives – comportements aberrants (répétitifs, persévérations, gloutonnerie...)

Eléments de littérature

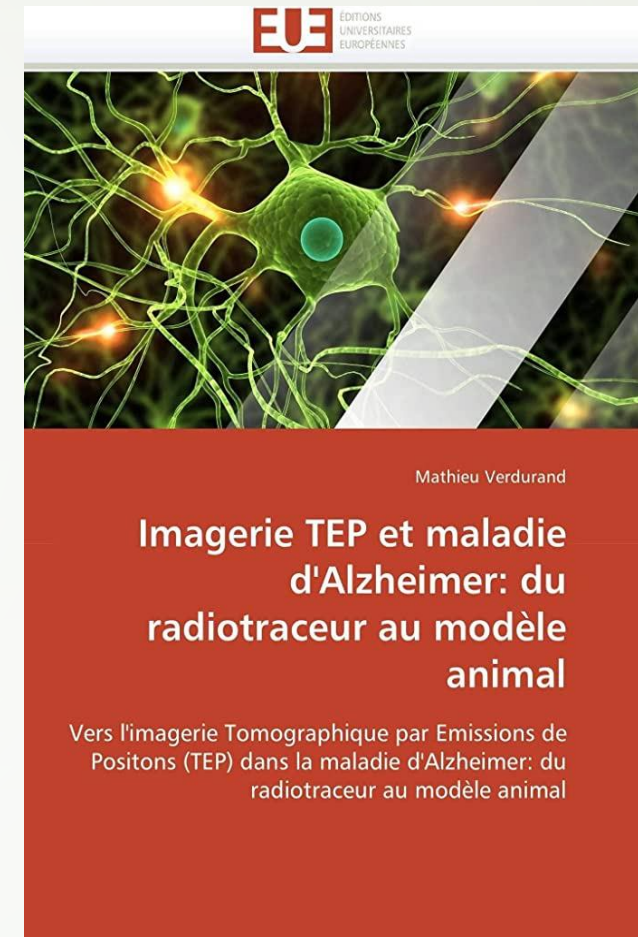
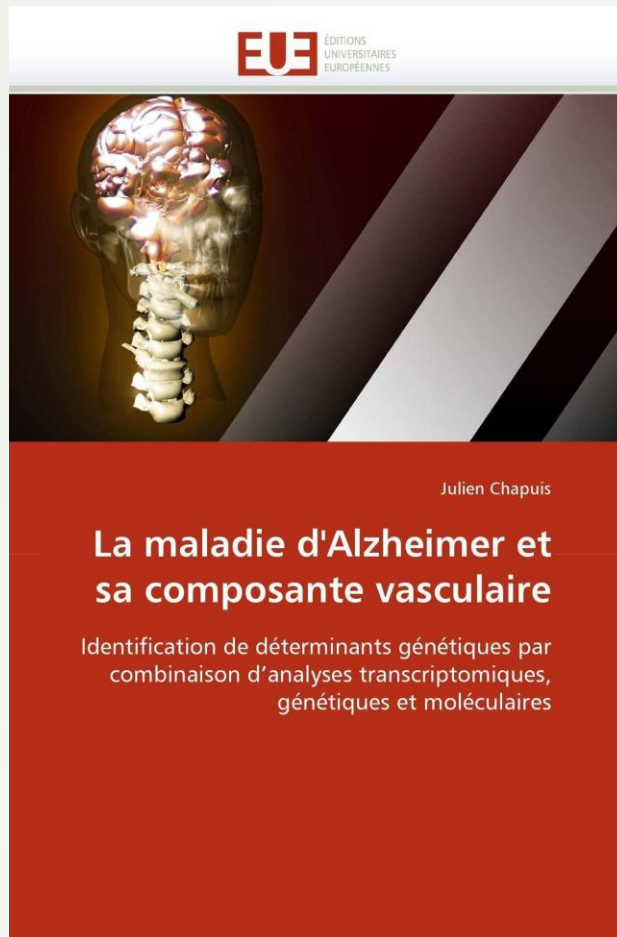


Syndrome démentiel

Propositions thérapeutiques

- La prise en charge non pharmacologique a relativement peu d'effet à l'exception de la musicothérapie et les massages – il convient de traiter l'inconfort – de penser aux comorbidités addictives et à la iatrogénie
- La prise en charge pharmacologique est envisagée uniquement si les symptômes sont envahissants (agitation importante, délire, hallucinations, auto et/ou hétéro-agressivité, anxiété) – balance bénéfice-risque

Eléments de littérature



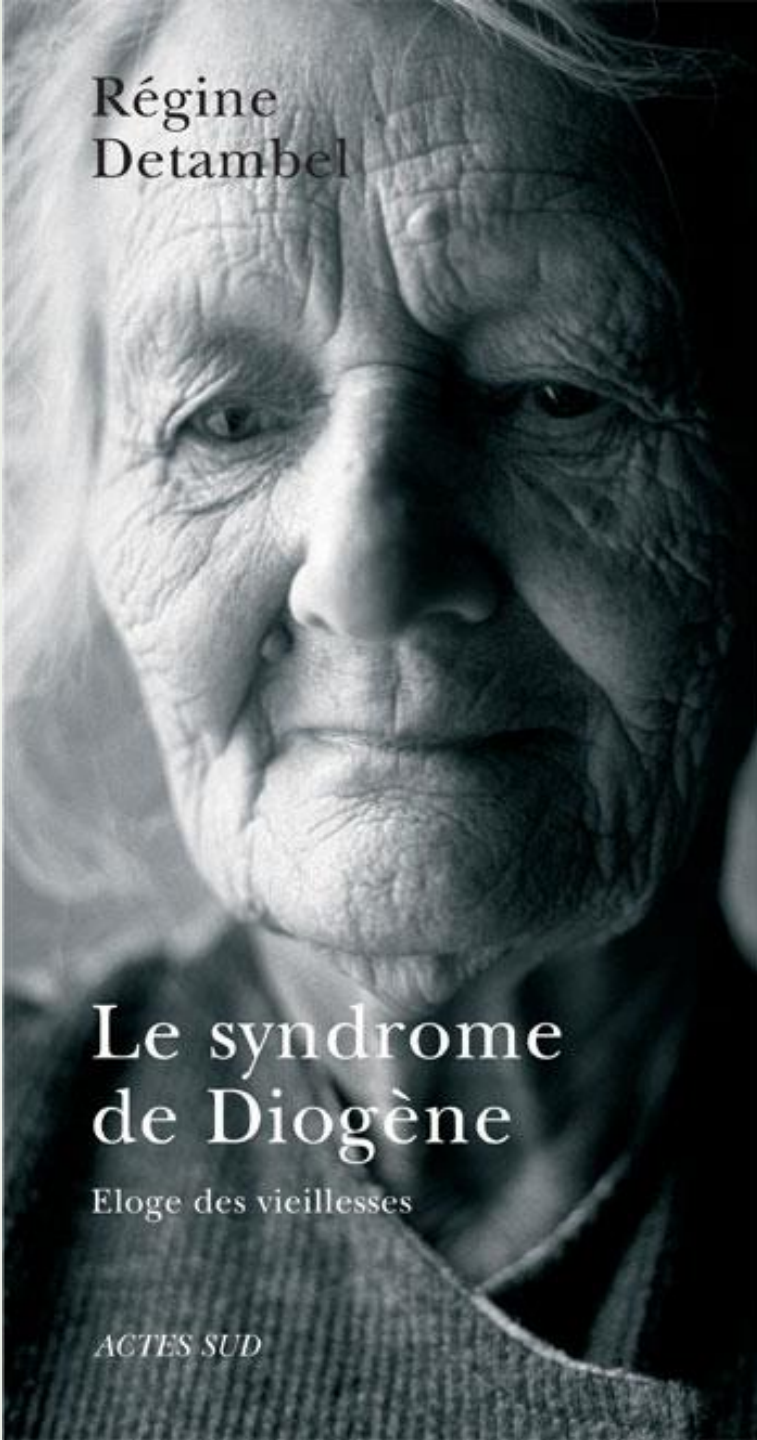
Syndrome de Diogène

Relation pathologique

- La **sylllogomanie ou accumulation compulsive** est le fait d'accumuler de façon excessive des objets (sans les utiliser), indépendamment de leur utilité ou de leur valeur, parfois sans tenir compte de leur dangerosité ou de leur insalubrité
- Le **syndrome de Diogène** constitue une forme extrême de sylllogomanie incluant une hygiène personnelle fort dégradée

- Difficultés persistantes d'accumulations d'objets, même inutiles ou de valeurs moindres, associées à un besoin urgent de les conserver, une détresse et/ou une difficulté à faire le tri
- Les symptômes sont la conséquence de l'accumulation d'un grand nombre d'objets qui envahissent les espaces de vie du domicile, du lieu de travail ou autres (voiture par exemple) et empêchent l'utilisation de ces mêmes espaces. Si ces espaces ne sont pas utilisés, c'est uniquement par l'intervention de tiers (membres famille, autorité)
- La symptomatologie est à l'origine d'une détresse, de problèmes sociaux et autres
- Les troubles sont présents depuis au moins six mois
- La symptomatologie ne s'explique pas par une affection médicale (rupture d'anévrisme par exemple)
- La symptomatologie ne s'explique pas par une autre maladie mentale (TOC, schizophrénie, démence, autisme, syndrome de Prader-Willi)

Spécifier si présence d'acquisition excessive d'objets par achats ou vols, si les objets accumulés sont inutiles, s'il y a un manque de place pour ceux-ci et s'il y a une difficulté à les jeter. Spécifier également la conscience morbide du sujet qui peut être pauvre, bonne ou délirante



Régine
Detambel

Le syndrome de Diogène

Eloge des vieillesse

ACTES SUD

Syndrome de Diogène

Relation pathologique

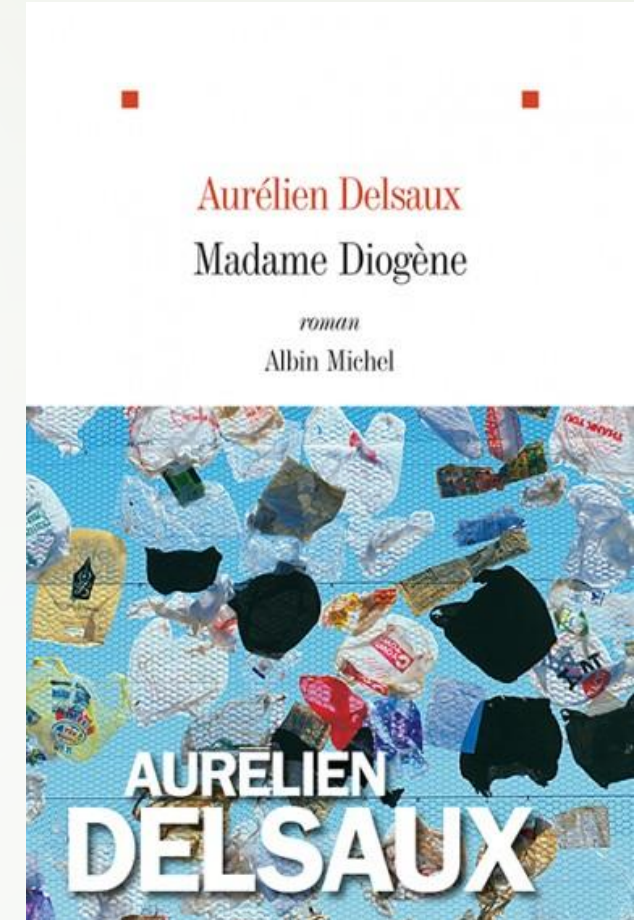
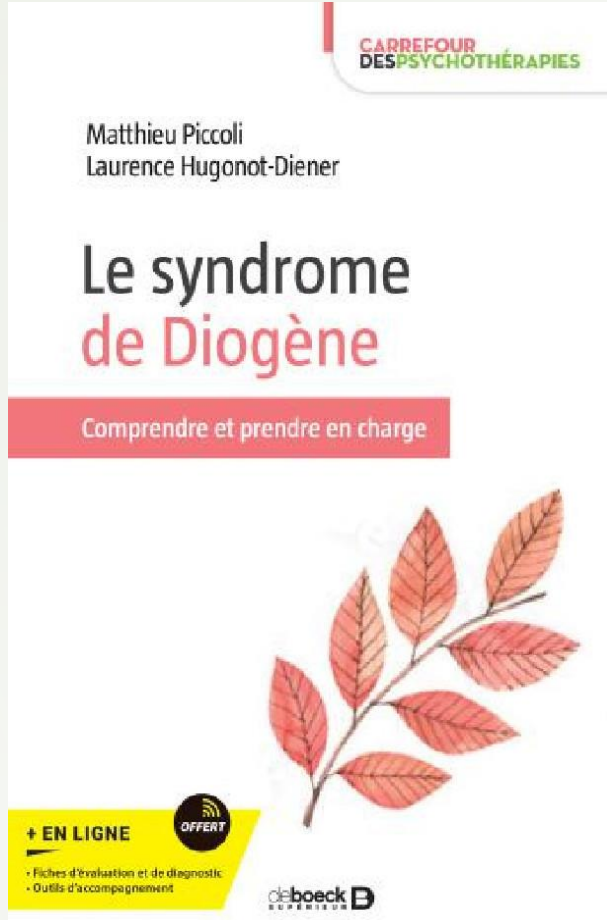


Syndrome de Diogène

Relation pathologique

- Absence paradoxale de demande à l'égard des médecins et/ou services médico-sociaux ; prévalence autour de 9% et un sex-ratio 3♂ 2♀
- Relation pathologique aux objets, accumulation ordonnée (collectionnisme) ou non (taudis) – aux autres, exclusion sociale – au corps, négligence le plus souvent

Eléments de littérature



Syndrome de Diogène

Relation pathologique

- Forte intrication avec la démence (15 à 51% des Diogènes), ce syndrome peut être secondaire à une pathologie ψ (schizophrénie, trouble bipolaire, addiction...)
- Découverte en général par plainte du voisinage ou accident domestique, soins en ambulatoire (tant que possible) car 50% de décès en post-hospitalisation avec une grande fréquence des syndromes de glissement

Médecin généraliste



Cause psychiatrique
suspectée (TOCs,
psychoses...)

Cause neurologique
suspectée
(Démences...)

Consulter un
psychiatre



Consulter un
neurologue

Syndrome de Diogène

Relation pathologique

Le syndrome de Diogène Actif



www.Solutions-Nettoyage-Diogene.eu

WWW.DIOGENE-ASSO.ORG



- SURVIVRE À L'INSÉCURITÉ -

PIERRE LUDOSKY - PRÉSIDENT

— ADRESSE —

19 BOULEVARD FLANDRIN, 75016 PARIS

— ACCUEIL / MOBILE —

01 80 91 46 40 / 06 03 68 37 25

— EMAIL —

PIERRE@DIOGENE-ASSO.ORG

D I O G È N E

Accompagner une
personne atteinte du
syndrome de Diogène



*Un guide pour agir ensemble
en Gironde*

À destination des professionnels

Année 2019

Dépression et/ou démence ?

Etats dépressifs du sujet âgé

Etat dépressif & démence

Complexité des rapports

- **Type I** — Tableau d'une « *pseudo-démence dépressive* », la dépression se présente comme une démence
- **Type II** — Tableau d'un « *syndrome démentiel de la dépression* », la démence est secondaire à la dépression

Etat dépressif & démence

Complexité des rapports

- **Type III** – Tableau de « *pseudo-dépression démentielle* », la démence se présente alors comme une dépression
- **Type IV** – Tableau de « *syndrome dépressif de la démence* », où la dépression est secondaire à la démence

Etat dépressif & démence

Eléments cliniques constitutifs

- Les dépressions à début tardif sont-elles les prodromes d'un processus démentiel surtout vasculaire ?
- Il faut traiter les symptômes dépressifs (traitement de l'EDC), évaluation cognitive et distance de la stabilisation thymique
- Nécessité de suivi (important) cognitif des patients ayant présenté un trouble dépressif à début tardif

Etat dépressif & démence

Eléments cliniques constitutifs

- Le risque de démence apparaît deux fois plus important chez les sujets ayant un trouble dépressif à début « précoce »
- Le risque serait multiplié par quatre dans les 10 ans avant le développement de la démence

Etats dépressifs symptomatiques

Eléments cliniques constitutifs

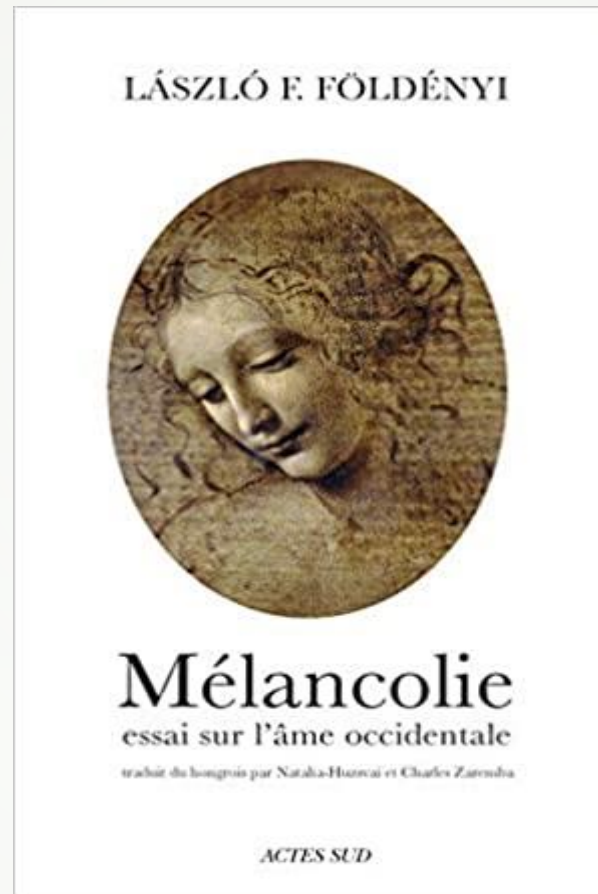
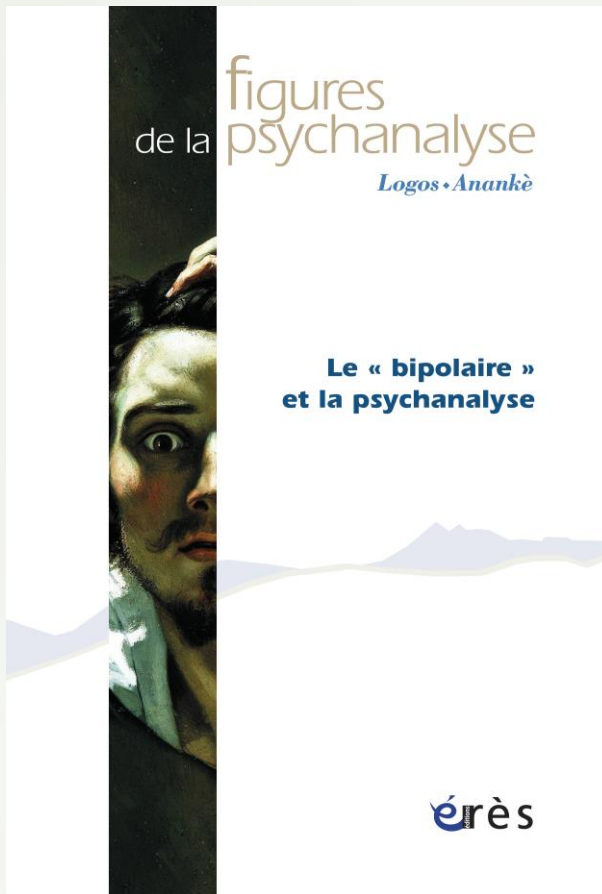
- Ils peuvent être la conséquence de désordres physiologiques liés à la maladie : SEP, Parkinson, maladie de Pick (démences), SIDA, hypothyroïdie (dépression), hyperthyroïdie (dysphorie anxieuse), diabète, etc.
- Certains traitements allopathiques sont dépressiogènes : neuroleptiques, anti-hypertenseurs au long cours, corticoïdes, anti-ulcéreux (Tagamet)

Etats mélancoliques

Eléments cliniques constitutifs

- Les états dépressifs mélancoliques ou endogènes présentent une douleur morale particulièrement intense
- La perte de l'estime de soi et le désir de mort entraînent des idées suicidaires que l'inhibition empêche de mettre en acte

Eléments de littérature



Etats mélancoliques

Eléments cliniques constitutifs

- Les états mélancoliques représentent un versant du trouble bipolaire ou (PMD), affection psychiatrique majeure d'évolution cyclique caractérisée par la succession de périodes dépressives (accès mélancoliques) et de périodes d'exaltation (accès maniaques) entrecoupées d'intervalles libres (euthymie)

Etats mélancoliques

Eléments cliniques constitutifs

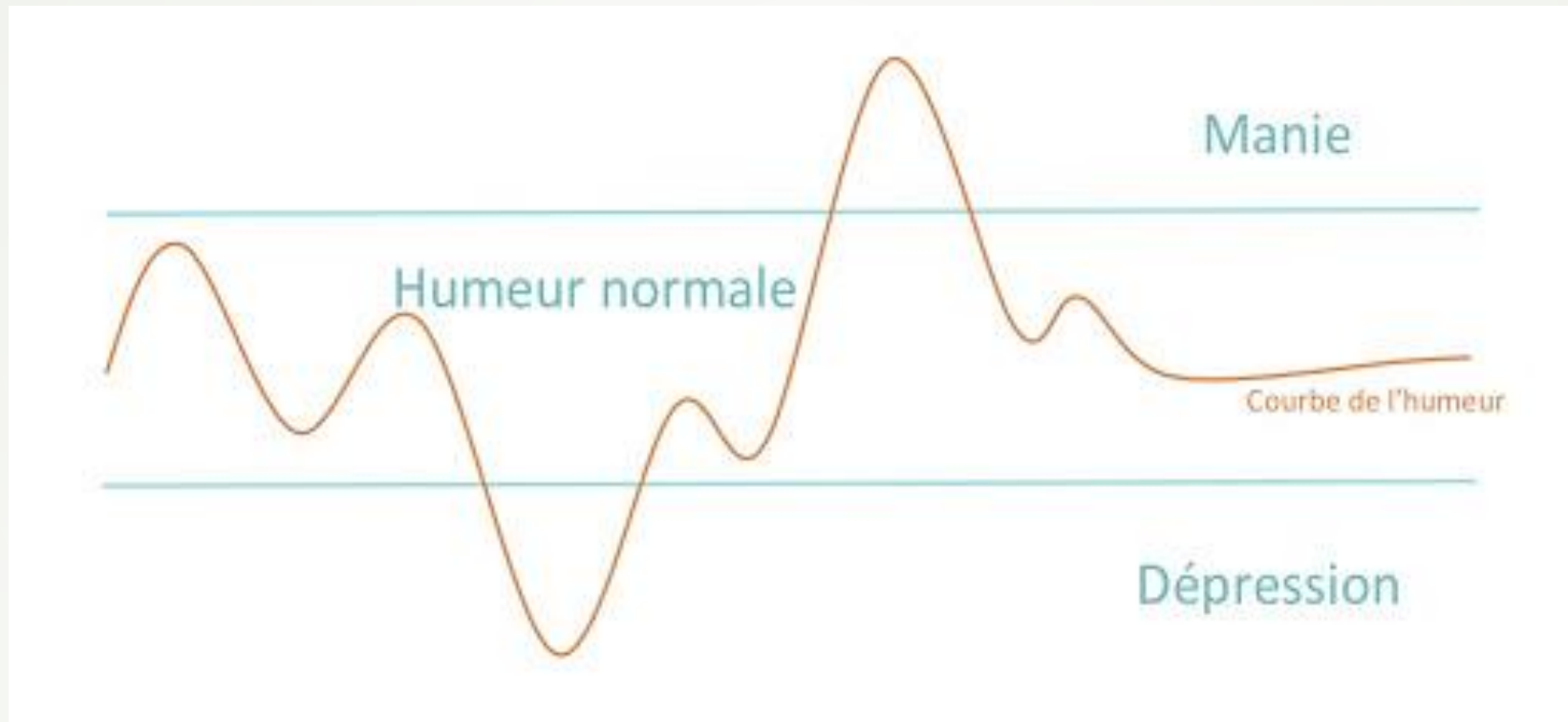
- Ce trouble se caractérise par son endogénicité avec une composante héréditaire clairement établie et par sa sensibilité aux régulateurs de l'humeur (les normothymiques) qui permettent sa prophylaxie (prévention)

	ECA	MCI	Démence			Schizophrénie	Dépression
			Alzheimer	DLBD	Vasculaires		
Développement	Rapide (heures/jours)	Insidieux (mois/années)	Insidieux (mois/années)	Insidieux (mois/années)	Variable (aigu/ mois/années)	Variable (mois)	Variable (semaines/mois)
Cours	Fluctuant, intervalles lucides (heures)	Variable	Détérioration progressive	Détérioration progressive	Variable	Variable	Assez stable
Vigilance/orientation	Perturbée/ perturbée	Normale	Normale/ perturbée	Souvent fluctuante/ perturbée	Variable	Normale/ variable	Normale/ normale
Attention	Attention affectée	Normale	Pas de trouble majeur	Souvent fluctuante	Pas de trouble majeur	Peu altérée	Peu altérée
Mémoire	Mémoire à court terme altérée	Mémoire à court terme altérée	Mémoire à court terme altérée	Mémoire à court terme altérée	Souvent altérée, de type variable	Peu altérée	Peu altérée
Symptômes psychotiques	Fréquents	Le plus souvent absents	Moins fréquents	Fréquents	Moins Fréquents	Fréquents	Peu fréquents
Autonomie	Perturbée	Normale	Perturbée	Perturbée	Perturbée	Souvent perturbée	Parfois perturbée

Troubles bipolaires

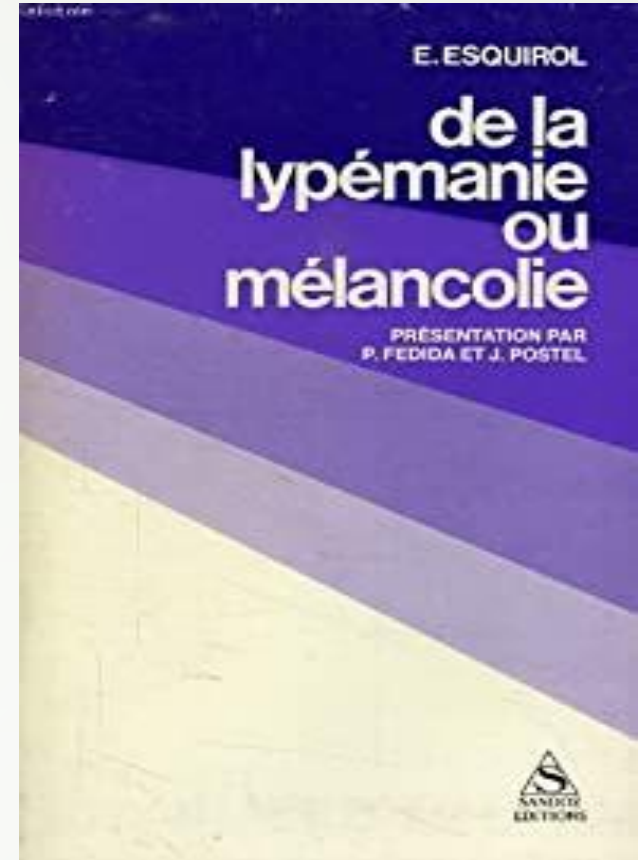
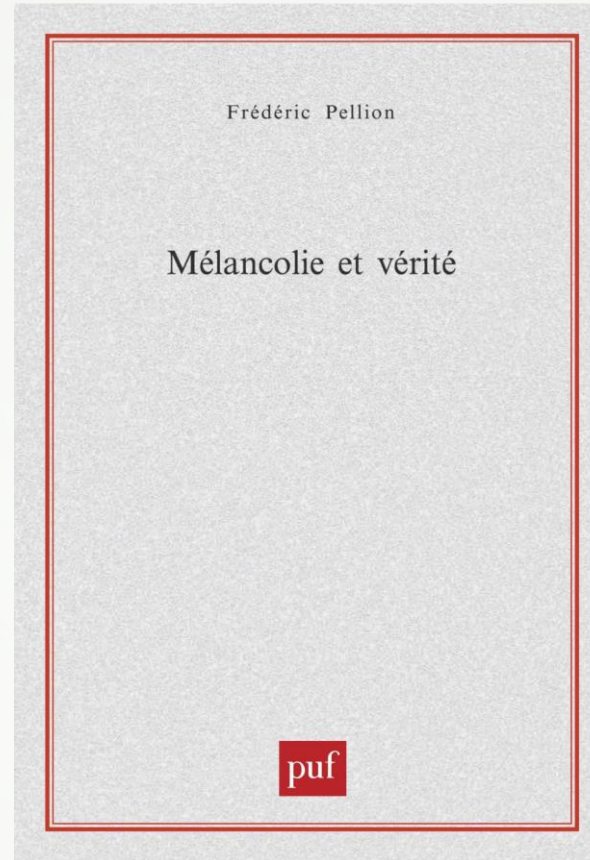
Particularités du sujet âgé

Grand écart émotionnel



Lypémanie

Mélancolie profonde



Trouble bipolaire

Éléments cliniques atypiques

- Les épisodes maniaques du sujet âgé et ceux de l'adulte jeune sont différents : formes mixtes plus fréquentes – idées délirantes de persécution davantage que de grandeur – hostilité/irritabilité plus fréquents qu'euphorie/exaltation – symptômes confusionnels plutôt que tachypsychie

Gaston Deny & Paul Camus

Psychose maniaco-dépressive

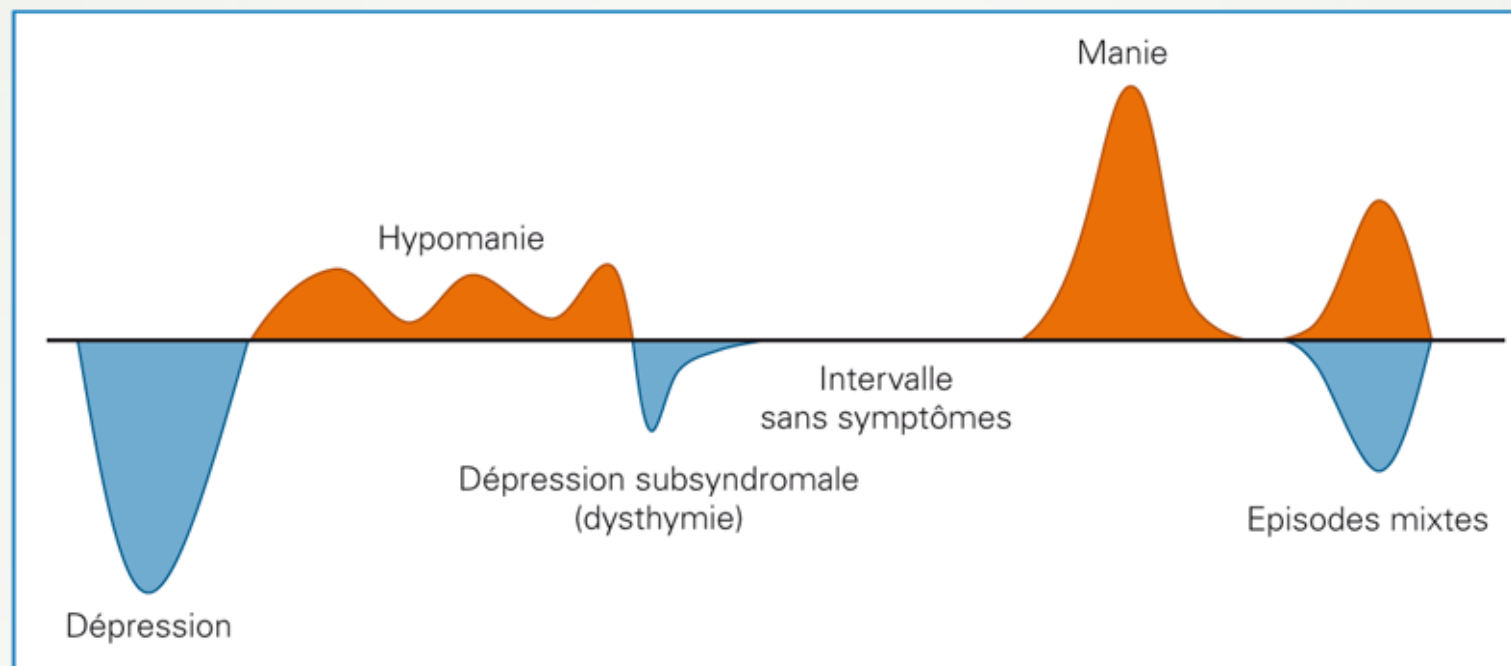


Figure 1

Le spectre des troubles bipolaires.

Trouble bipolaire

Éléments cliniques atypiques

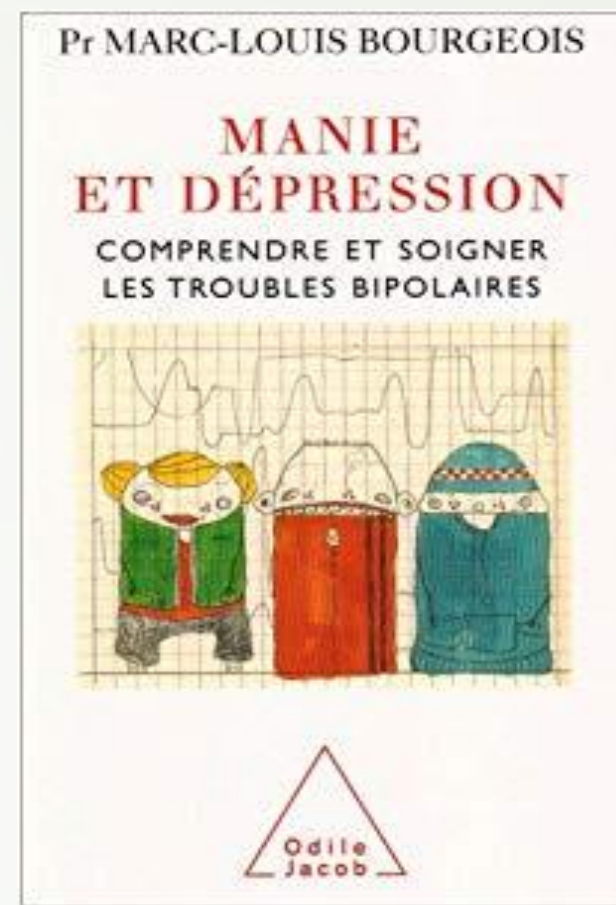
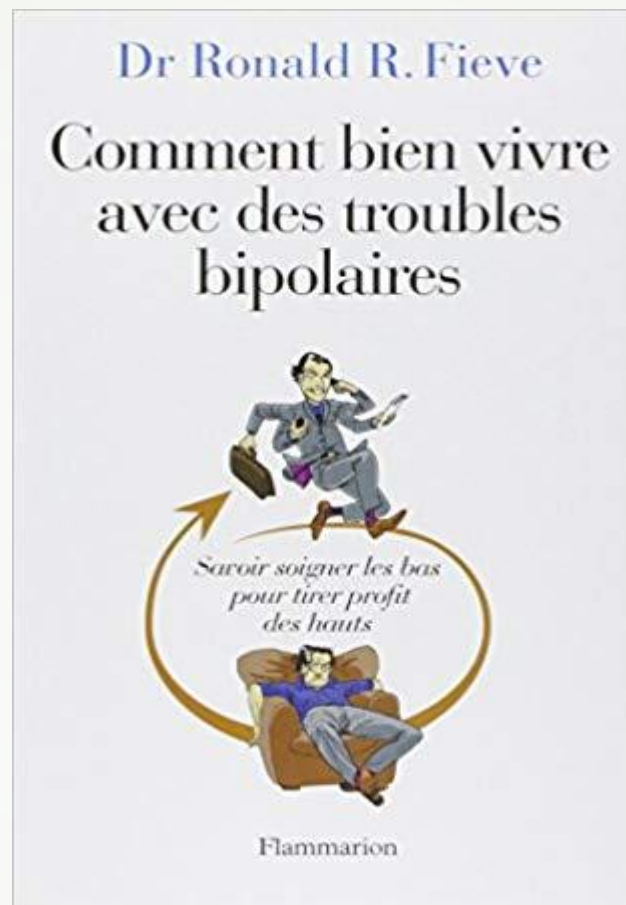
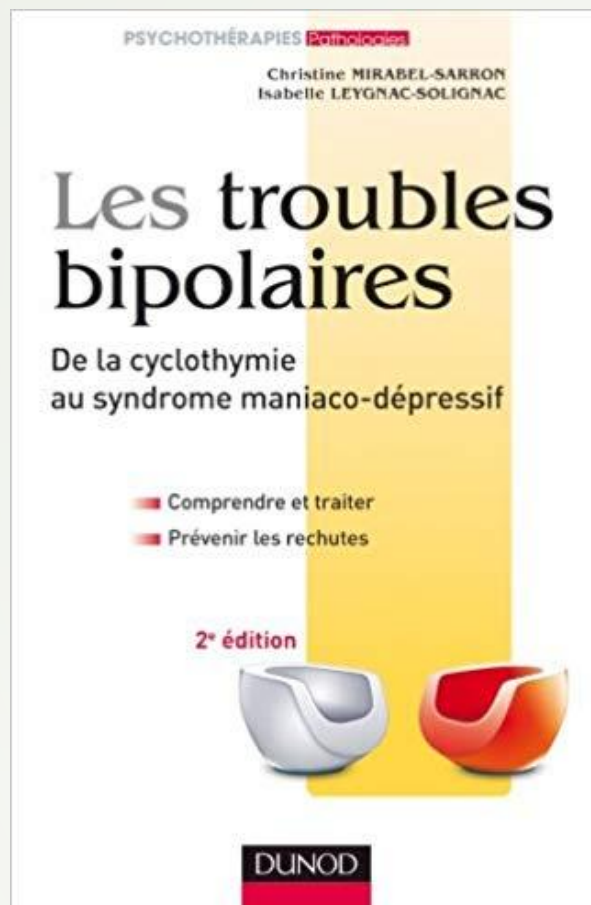
- Atypicités pas toujours révélatrices de démences à bas bruit, toujours évaluer le fonctionnement cognitif dès que possible et ne pas négliger le bilan somatique
- Atteintes cognitives plus marquées chez les troubles bipolaires à début tardif cela représente 5-10% des troubles thymiques du sujet âgé

Trouble bipolaire

Éléments cliniques atypiques

- Les états d'agitation des patients déments non diagnostiqués peuvent ressembler à des épisodes maniaques et provoquer des diagnostics erronés
- La démence fronto-temporale est le diagnostic différentiel principal avec manifestations comportementales et caractérielles de premier plan, hyperoralité, boulimie, persévérations et stéréotypies, évolution déficitaire rapide, réduction du langage et antécédents familiaux dans les deux maladies

Eléments de littérature



Episodes délirants

Particularités du sujet âgé

Psychose chez les aînés

Qu'en est-t-il ?



Troubles délirants

Controverses nosologiques

- Hétérogénéité clinique avec l'exemple de l'apparition d'une schizophrénie tardive survenue après 45 ans, voire chez la personne âgée (?!)
- Différencier les psychoses chroniques vieilles (schizophrénies, délires chroniques, paranoïa, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénies), les psychoses apparaissant spécifiquement chez la personne âgée

Troubles délirants

« Tout délire n'est pas bon à traiter »

- Fonction défensive avec fuite devant une réalité trop dure (décès, séparation, ins-titution), rempart devant la dépression, le vide et l'isolement
- Valeur adaptative en recréant une nouvelle réalité, « le compagnon imaginaire »

Troubles délirants

Schizophrénie du sujet âgé

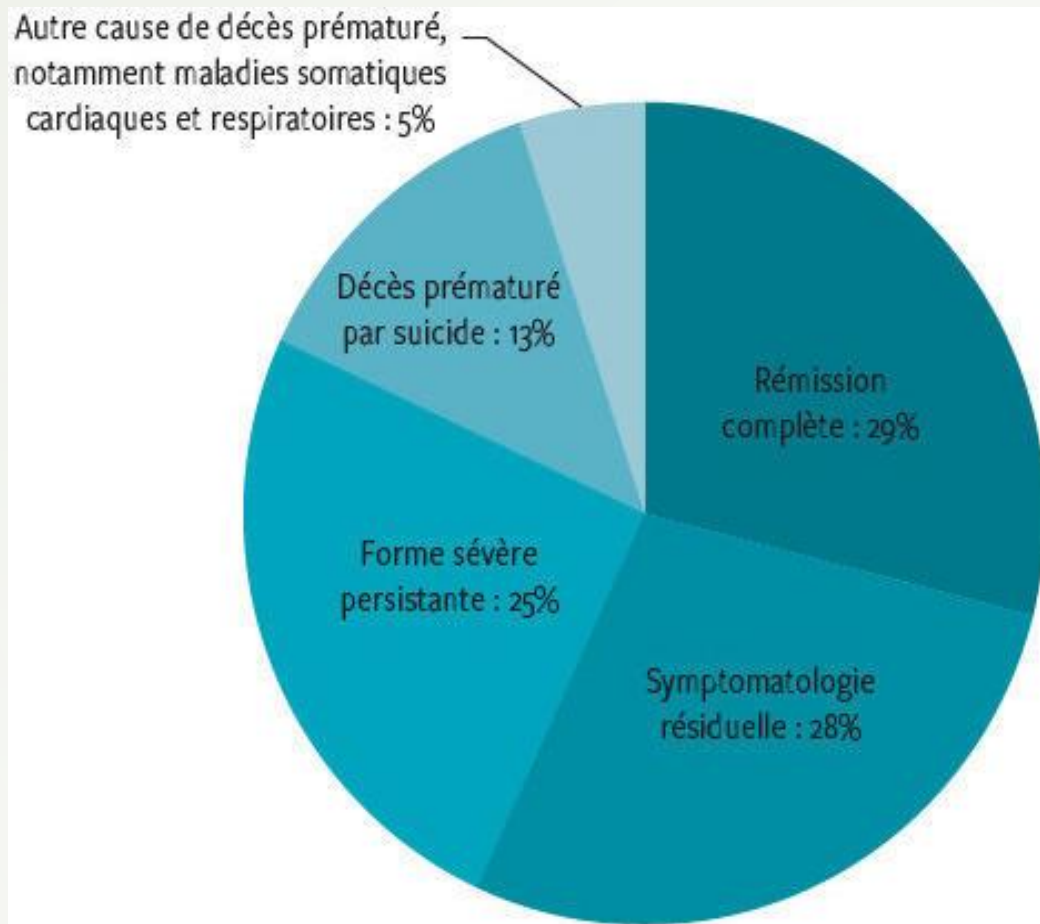
- **Prévalence** entre 0,5 et 1% chez la personne âgée (Gurland BJ. et Cross PS., 1982)
- **Evolution de la symptomatologie dans le grand âge** : réactions compensatoires (62%), atténuation (11%), aggravation ou stabilité (27%), (Muller C., 1981)

Troubles délirants

Schizophrénie du sujet âgé

- Atténuation du délire et des hallucinations, persistance de l'indifférence, retrait affectif, aboulie, maniérisme et stéréotypies
- Evolution vers une baisse des fonctions cognitives (liée au traitement ?), réduction du réseau social et hospitalisations davantage liées à des raisons sociales (demande d'hébergement) qu'à des symptômes psychiatriques aigus, (Cohen Cl., 1990)

Troubles psychotiques de l'âge avancé



Troubles délirants

Apparition tardive du sujet âgé

- Apparition insidieuse surtout chez la femme avec des facteurs favorisants comme l'isolement sensoriel ou social, un événement stressant (mort du conjoint, retraite, changement de lieu de vie, etc.)

Troubles délirants

Apparition tardive du sujet âgé

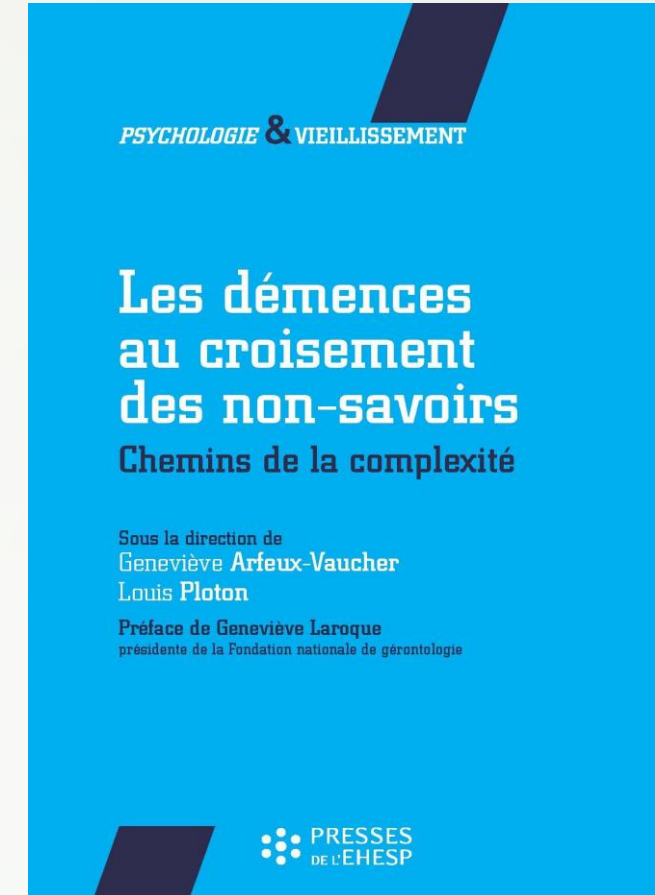
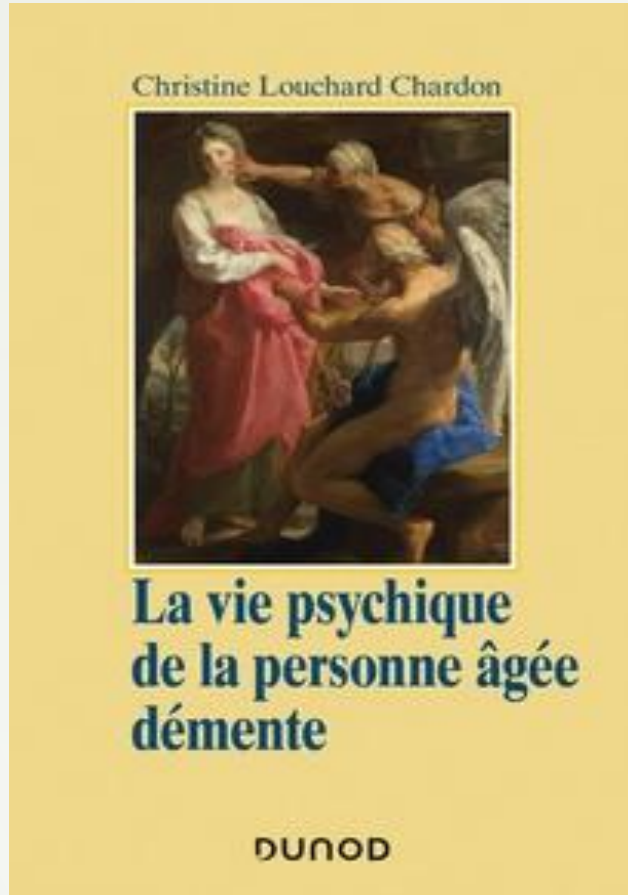
- **Délire bien construit** – plus ou moins systématisé à contenu concret – centré sur l'univers de la personne âgée et son propre corps
- **Thématique persécutoire, préjudice** (jalousie, intrusion du domicile, vols, déplacement d'objets), « délire des cloisons », **thématique hypocondriaque** (organes, sécrétions, parasitisme, syndrome d'Ekbom)

Troubles délirants

Apparition tardive du sujet âgé

- Absence de syndrome d'influence – pas d'automatisme mental – pas de trouble du cours de la pensée – pas de dissociation
- Participation thymique fréquente, concomitante au délire ou en alternance avec des périodes au cours desquelles le délire est atténué

Eléments de littérature



Troubles délirants

Apparition tardive du sujet âgé

- Possibles troubles du comportement avec refus des contacts habituels, conduites agressives, démarches quérulentes auprès des instances policières et juridiques
- Evolution chronique de la symptomatologie délirante et conduite inadaptée

Syndrome de Charles Bonnet

Pathologies des confins somatopsychiques

- Existence d'une hallucination complexe avec prise de conscience du caractère anormal – sans éléments délirants ni autre hallucination sensorielle – survenant surtout le soir, d'une durée de quelques minutes à quelques heures
- De survenue dans les mois suivant une perte de vision (hallucinose pédonculaire lésion des pédoncules cérébraux, athérosclérose, cataracte, etc.)

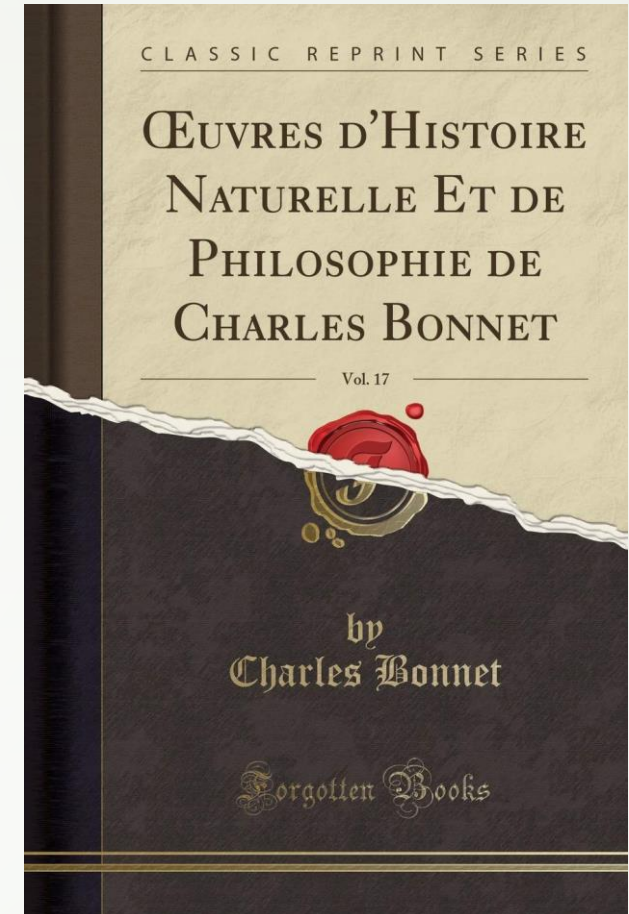
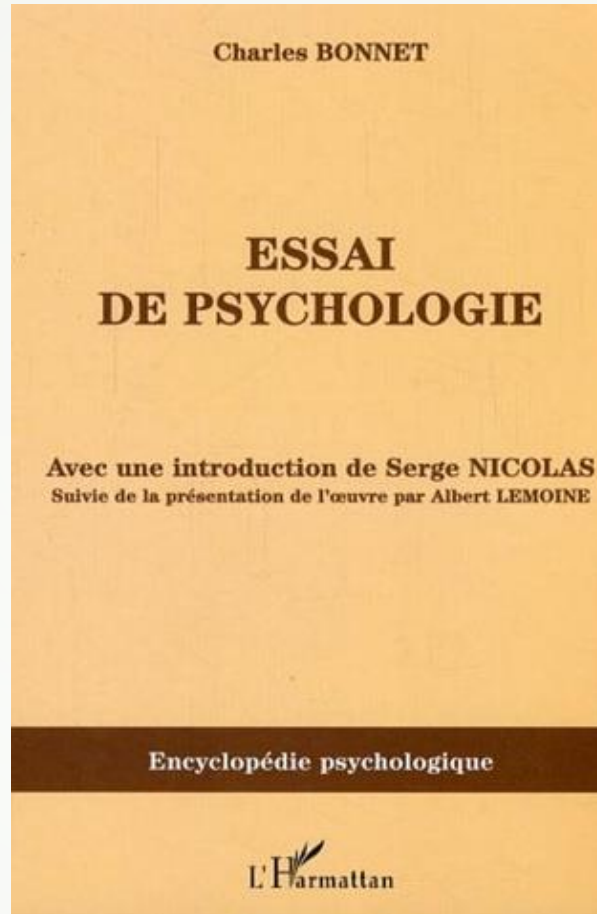
Syndrome de Charles Bonnet

Pathologies des confins somatopsychiques

- Charles Bonnet est un philosophe suisse qui a décrit au XVIII^e siècle les hallucinations visuelles de son grand-père très âgé et atteint de la cataracte
- L'expression qui porte son nom a été forgée presque 200 ans après dans les années 1930 par Georges de Morsier, neurologue franco-suisse

Charles Bonnet

Philosophe suisse



Syndrome de Charles Bonnet

Pathologies des confins somatopsychiques

■ Le traitement n'est pas psychiatrique (mise à part une anxiété associée) – mais ophtalmologique – justifiant quelques stratégies d'adaptation comme changer la luminosité de la pièce, manœuvres oculaires (bouger les yeux transversalement de gauche à droite, quelques minutes)

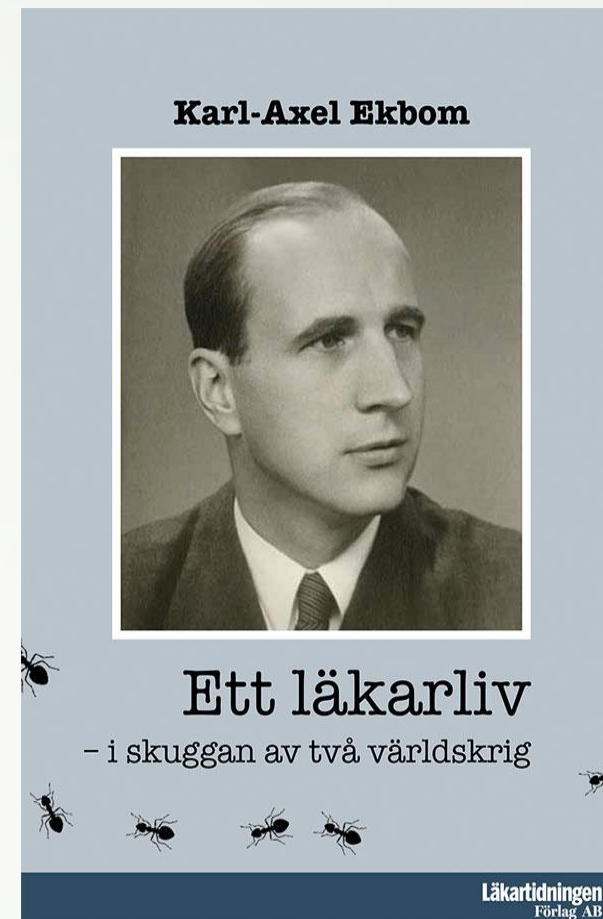
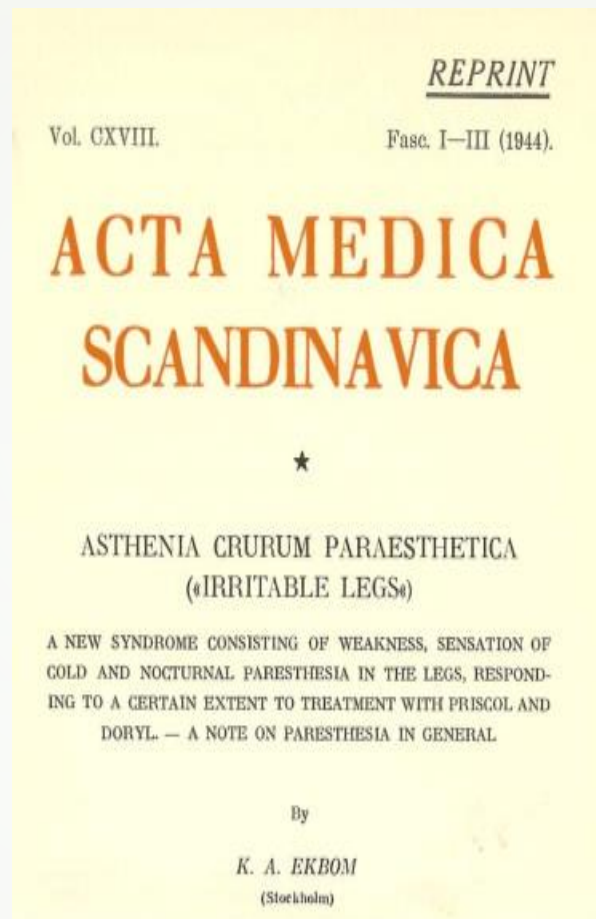
Syndrome de Karl-Axel Ekblom

Pathologies des confins somatopsychiques

- **Egalement appelé délire dermatozoïque ou délire de parasitose**, est une forme particulière de délire chronique apparaissant généralement plutôt chez la femme âgée et centré sur la conviction délirante d'être infesté d'ectoparasites
- **Le sujet se plaint d'un prurit persistant**, avec la conviction inébranlable d'être infesté sur ou sous la peau – importance d'un bilan somatique – traitement par anti-dépresseur et antipsychotique

Karl-Axel Ekbom

Neurologue suédois



Paranoïa des sourds

Particularités cliniques

- La paranoïa des sourds ou « délire des otopathes » survient sur un terrain d'hypo-acousie sévère et concerne les sujets âgés mais pas l'ensemble des sourds
- Elle se caractérise par des idées délirantes de persécution, de mécanisme interprétatif sur une personnalité prémorbide anxieuse ou paranoïaque

Paranoïa des sourds

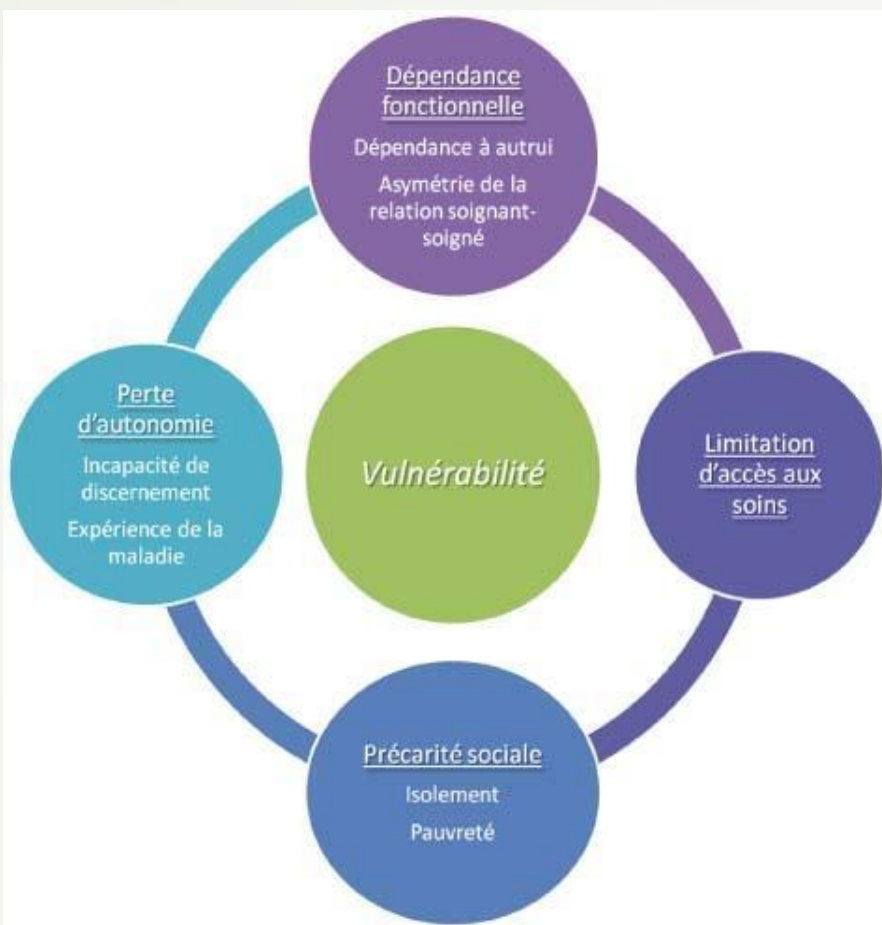
Particularités cliniques

- La personne se met en retrait et ne communique plus avec le monde extérieur
- Les thèmes dépressifs sont fréquents, le tableau classique est davantage sensitif que paranoïaque (au sens classique du terme)
- Le traitement est ORL (appareillage si possible)

Mauvais Traitement

Négligence à l'égard des personnes âgées

Vieillir & devenir vulnérable



Niveau de vulnérabilité
Niveau de risque

=

Exposition à un aléa
Probabilité d'occurrence

x

Sensibilité
Ampleur des conséquences

Note introductive

Violence & négligence

- Le phénomène déplorable des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des personnes âgées est un phénomène qui n'est pas nouveau dans nos sociétés
- La violence a toujours existé dans les comportements des gens et elle prend une variété de formes qui s'installe dans un contexte de sensibilisation plus large à la violence familiale et sociétale

Qu'est ce que la maltraitance des personnes âgées ?

Il s'agit de la maltraitance et de la négligence des personnes âgées. Elle prend de nombreuses formes.



Violence physique

- Frapper, pousser, donner des coups
- Utilisation inadéquate des médicaments ou recours à la contrainte physique



Violence psychologique ou affective

- Insultes, menaces, humiliation, comportements dominateurs, enfermement et isolement



Violences sexuelles

- Contact sexuel sans consentement



Exploitation financière

- Détournement ou vol de l'argent ou des biens d'une personne



Négligence ou abandon

- Ne pas donner de la nourriture, ne pas fournir un logement ou des soins médicaux

La maltraitance des personnes âgées **peut consister en un acte unique ou répété.**

Les auteurs d'actes de violences à l'encontre des personnes âgées sont souvent en position de confiance.



Membres de la famille



Agents de santé

LE 3977, C'EST :



29 610
appels reçus



55
centres



77
départements
couverts

LA MALTRAITANCE DES PERSONNES AGÉES ET HANDICAPÉES EN FRANCE

29,1%
psychologique.

12,7%
maltraitements
financiers

13%
physique

13,5%
négligence
passive

À L'ORIGINE DE LA MALTRAITANCE



DANS PRÈS DE LA MOITIÉ DES CAS,
le mis en cause appartient à l'entourage familial. Dans 80% des cas, il s'agit du fils, de la fille ou du conjoint (un tiers chacun).



75%

des maltraitements ont lieu au domicile
(70% pour les personnes âgées,
80% pour les personnes handicapées)



70,5%

des appelants sont des femmes
(75% pour les personnes âgées,
66% pour les personnes handicapées)



Note introductive

Violence & négligence

- Une étude empirique a été menée au Canada et au Québec pour mesurer la prévalence des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des personnes âgées
- Cette étude a révélé que 1 personne sur 25 est maltraitée ou négligée parmi les personnes de 65 ans et plus (Podnieks E. et *al.*, 1990)

Note introductive

Violence & négligence

- Les définitions et le vocabulaire de la violence et de la négligence envers les personnes âgées posent problème car la conceptualisation et la définition du phénomène sont peu abouties
- Plusieurs auteurs ont proposé une nomenclature, Y. A. Michot (1973) en France, M. Hudson et T. F. Johnson (1986) aux Etats-Unis et M. Stones (1991) au Canada

Éléments de littérature



Note introductive

Violence & négligence

- Les auteurs du rapport du Gouvernement du Québec (1989) ont adopté la définition qu'en a donné Y. A. Michot (1973)
- « Une action directe ou indirecte destinée à porter atteinte à une personne ou à la détruire, soit dans son intégrité physique ou psychique, soit dans ses possessions, soit dans ses participations symboliques »

Eléments de littérature



Note introductive

Violence & négligence

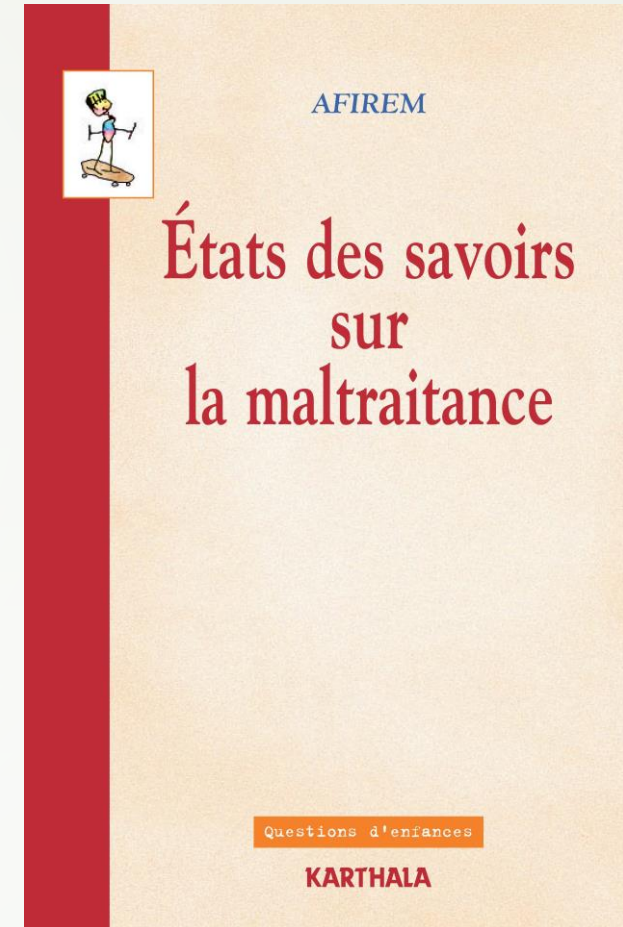
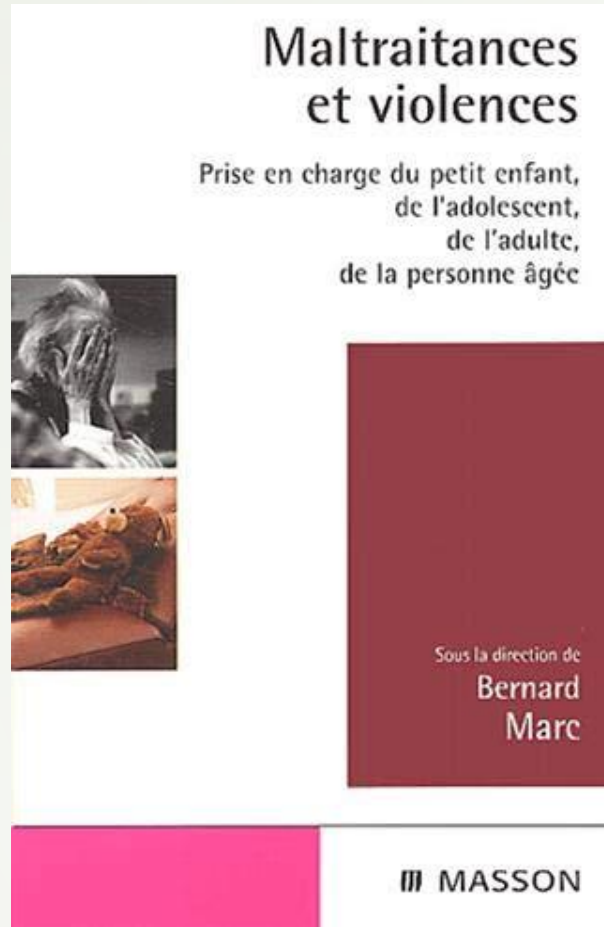
- D'autres auteurs ont adopté la définition de M. Stones (1995) qui tient compte du fait qu'il y a toujours un lien entre les définitions et les normes sur lesquelles ces définitions sont basées
- « Une infraction aux normes admises commise par une personne en situation de confiance vis-à-vis de la personne âgée »

Mauvais traitements

Facteurs de risque

■ Une revue de la littérature a permis de repérer plus d'une quarantaine de facteurs de risque associés aux mauvais traitements et à la négligence par différents chercheurs (Kozak J.F. et *al.*, 1995 ; McDonald P.L. et *al.*, 1991 ; Vézina J., 1996)

Eléments de littérature



Mauvais traitements

Facteurs de risque

■ Parmi les nombreux facteurs de risque peuvent être cités – le sexe – l'état civil – l'état de santé – l'âge chronologique – l'abus de substances – les conditions de logement – les facteurs psychologiques – les problèmes de comportement – la dépendance et l'isolement (Nahmias D., 1998)

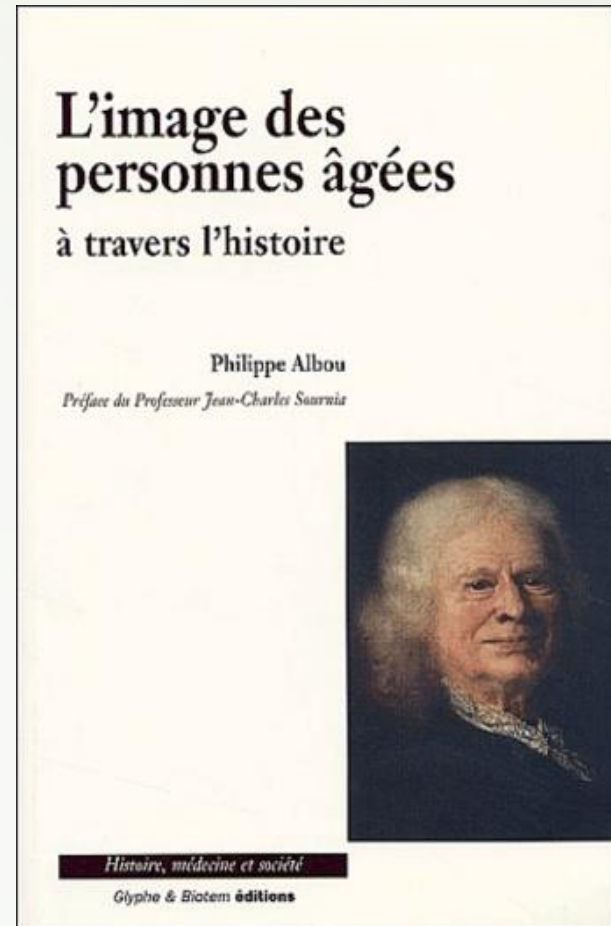
Mauvais traitements

Facteurs de risque

- Les mauvais traitements et négligence à l'égard des personnes âgées constituent un phénomène diversifié et complexe, difficile à circonscrire à cause des différentes formes que peut prendre cette violence
- Les mauvais traitements et négligence à l'égard des personnes âgées est un phénomène social intolérable qu'il faut combattre

Mauvais traitements

Facteurs de risque



Traitement médical

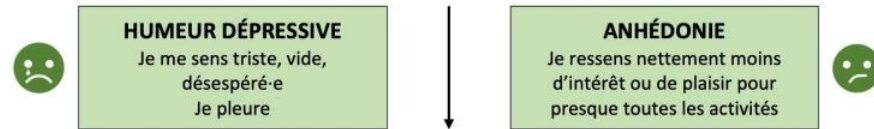
Principes thérapeutiques généraux

LA DÉPRESSION

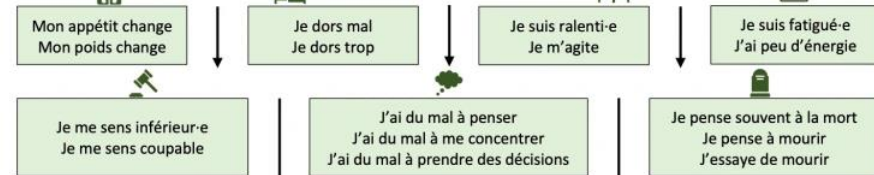
SYMPTÔMES ET SOUS-TYPES

Les troubles dépressifs sont caractérisés par une humeur dépressive (se sentir triste, vide ou sans espoir) et/ou une perte de plaisir accompagnée d'autres symptômes cognitifs, comportementaux ou neurovégétatifs qui affectent de manière significative la capacité de fonctionnement de la personne concernée. Parmi les premières causes d'incapacité dans le monde, la dépression touche environ 5% de la population adulte avec une prédominance chez la femme. Aigüe ou chronique, de sévérité variable, elle peut conduire jusqu'au suicide, récidive fréquemment et peut parfois révéler un trouble bipolaire.

2 SYMPTÔMES PRIMAIRES



7 SYMPTÔMES SECONDAIRES



2 TYPES DE DÉPRESSION

Suis-je dans mon état habituel ?

NON = DÉPRESSION AIGUE
Rupture avec le fonctionnement antérieur
TROUBLE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ
(= épisode dépressif majeur)
Au moins 5 SYMPTÔMES
parmi lesquels HUMEUR DÉPRESSIVE et/ou ANHÉDONIE
Quasiment TOUTE LA JOURNÉE et presque TOUTS LES JOURS
Pendant au moins 2 SEMAINES

OUI = DÉPRESSION CHRONIQUE
Pas de rupture avec le fonctionnement antérieur
TROUBLE DÉPRESSIF PERSISTANT
(= dysthymie)
Au moins 3 SYMPTÔMES
parmi lesquels HUMEUR DÉPRESSIVE
Quasiment TOUTE LA JOURNÉE et plus d'UN JOUR SUR DEUX
Pendant au moins 2 ANS

CARACTÉRISTIQUES

Suis-je encore sensible aux choses agréables ?

NON = anesthésie affective

MÉLANCOLIQUES

Je me réveille très tôt
Je me sens plus mal le matin
Je suis très ralenti-e ou très agité-e
Je perds l'appétit et du poids
Je me sens coupable et désespéré-e

CATATONIQUES

J'ai au moins trois des symptômes suivants :
stupeur, catalepsie, flexibilité cireuse, mutisme, négativisme, prise de posture, maniérisme, agitation, stéréotypies, expression grimaçante, écholalie, échopraxie.

OUI = les événements positifs améliorent mon humeur

ATYPIQUES

Je prends de l'appétit et du poids
Je dors beaucoup plus
J'ai des sensations de lourdeur
Je suis très sensible au rejet

MIXTES

J'ai au moins 3 des symptômes (hypo)maniques suivants : humeur élevée, augmentation de l'estime de soi, désir de parler constamment, fuite des idées, augmentation de l'énergie, activités à risques, réduction du besoin de sommeil.

ANXIEUSES

Je me sens énervé-e, tendu-e, j'ai du mal à me concentrer et/ou je m'agite à cause de mes ruminations, j'ai peur qu'il arrive une chose d'horrible, je crains de perdre le contrôle.

PSYCHOTIQUES

J'ai des hallucinations et/ou des idées délirantes (congruentes si en rapport avec culpabilité, maladie, mort, nihilisme, punition méritée ou inadéquation personnelle).

Mieux comprendre LA DÉPRESSION



Selon l'OMS, 350 millions de personnes, soit environ 5% de la population mondiale, souffrent chaque année de dépression (source: OMS, chiffres de 2012). La dépression touche davantage les femmes que les hommes

CAUSES



Causes externes :
Deuil, Stress, Burn out, Chagrin d'amour



Causes hormonales :
Grossesse, Ménopause



Problèmes physiques
ou maladies

FACTEURS GÉNÉTIQUES



Âge avancé



Manque de lumière du soleil



Substances toxiques (alcool) et certains médicaments



Mauvaise alimentation



Forte exposition à l'écran



État pathologique avec une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité psychologique et physique

SYMPTÔMES



Troubles du sommeil



Changement de l'humeur (tristesse, désespoir)



Ralentissement psychomoteur (regard absent...)



Pensées négatives (parfois suicidaires)

TRAITEMENTS



Antidépresseurs



Psychothérapie

BONS CONSEILS ET PRÉVENTION



Faites du sport



Dormez suffisamment



Diminuez le stress



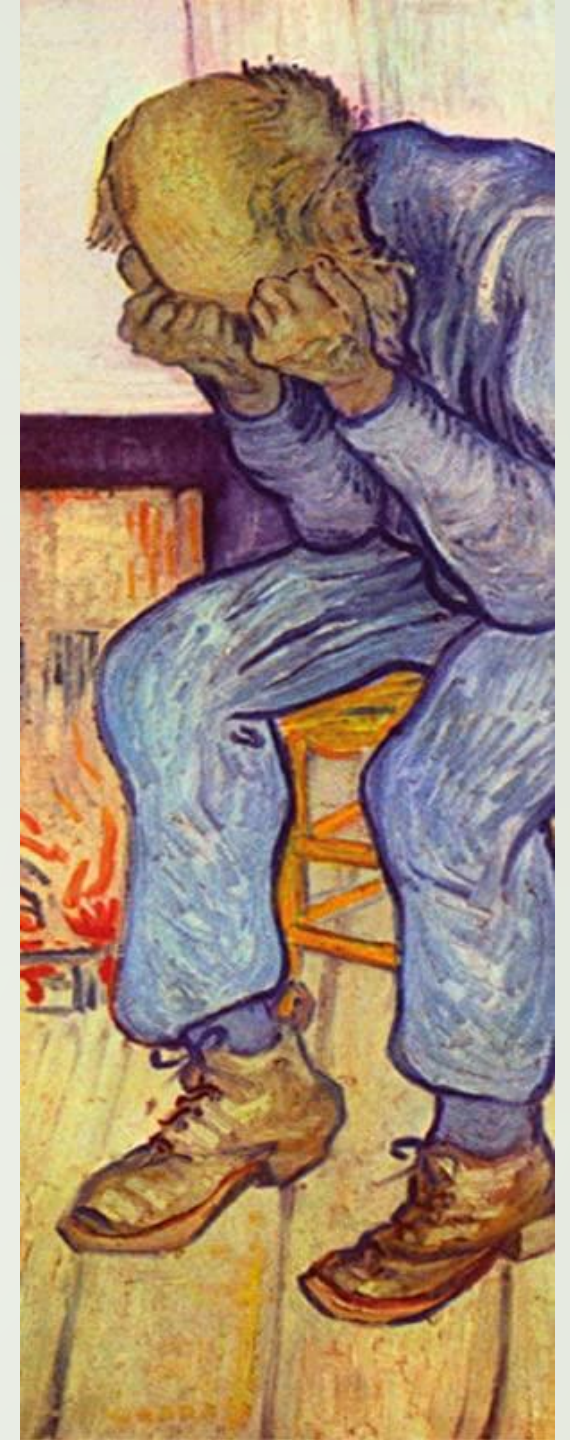
Évitez la consommation d'alcool et de drogues



Confiez-vous à un proche



Exposez-vous à la lumière du soleil



Stratégies thérapeutiques

Ambulatoire ou milieu hospitalier

- Pallier aux déficits sensoriels (auditifs, visuels), traiter les affections somatiques
- L'hospitalisation – si risque auto/hétéro-agressivité – isolement du patient et/ou affection somatique grave associée

Stratégies thérapeutiques

Bouleversement biologique

- Absorption médicamenteuse plus lente, délai d'apparition des effets escomptés
- Métabolisme modifié – baisse de masse hépatique et flux sanguin – allongement des demi-vies des médicaments, action prolongée et risque d'accumulation

Stratégies thérapeutiques

Bouleversements biologiques

- Diminution de la fonction d'excrétion avec perte de la masse rénale et glomérulaire induisant une baisse de la filtration glomérulaire avec risque d'accumulation de certaines molécules (Lithium) dans le corps même à des doses normales

Stratégies thérapeutiques

Bouleversements physiologiques

- **Modification de la distribution corporelle** – augmentation de la masse grasseuse dans le corps – diminution du volume de distribution des traitements et augmentation des concentrations – baisse du flux sanguin cérébral amène moins de disponibilité des molécules pour le cerveau

L'essentiel

EDC : spécificités chez le sujet âgé de 65 et 75 ans



COMPRENDRE

- Prendre en compte le contexte de vie du patient et ses antécédents
- Caractériser l'épisode dépressif



PRESCRIRE

- Maintenir la durée de traitement 12 mois au moins après rémission

J + 12 mois



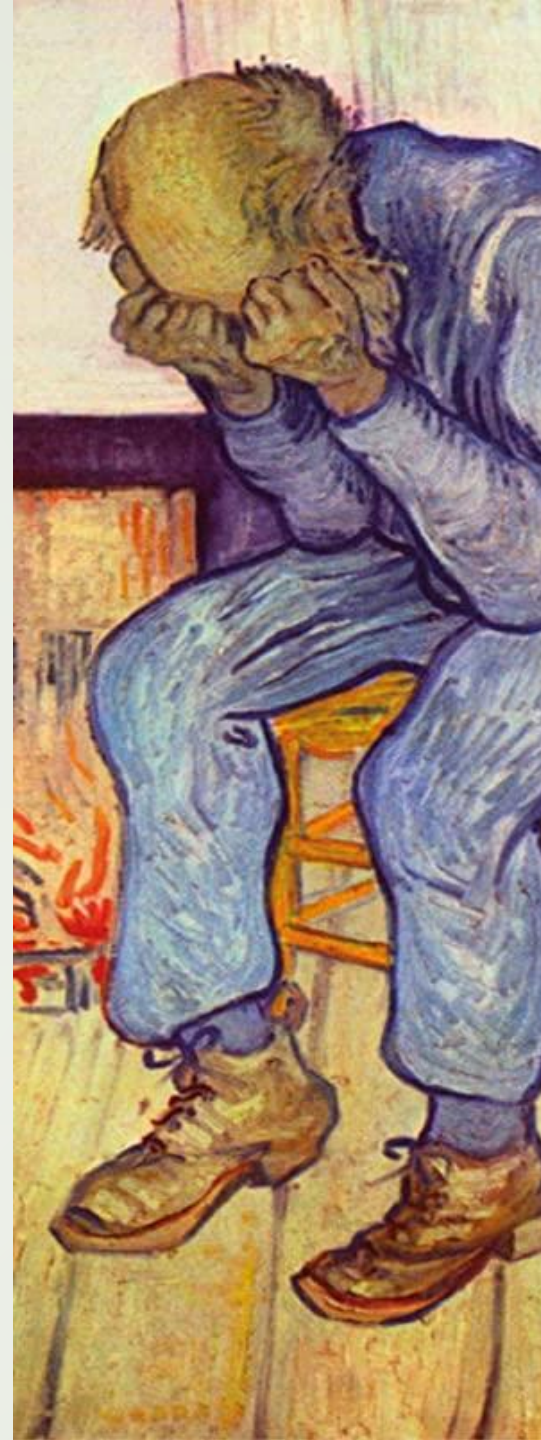
OPTIMISER

- Proposer systématiquement une psychothérapie seule ou en complément au traitement



ACCOMPAGNER

- Établir une alliance thérapeutique avec le patient
- Favoriser la prise en charge effective/persistance du traitement



Stratégies thérapeutiques

Ambulatoire ou milieu hospitalier

- Le traitement sera entrepris en ambulatoire ou en milieu hospitalier en cas de risque suicidaire ou d'autre nature (troubles du comportement)
- L'hospitalisation – si elle est nécessaire – s'établit selon différentes modalités : HL ou SDTU si les troubles rendent impossible le consentement et si la nécessité des soins est immédiate assortis d'une surveillance constante en milieu spécialisé

Stratégies thérapeutiques

Bilan princeps exploratoire

- Un bilan biologique standard sans oublier la TSH, le score de la B12 et les folates, le bilan lipidique, ECG et IRM
- Les échelles d'évaluation de la dépression sont multiples, la miniGDS (4 items), la GDS est intéressante si le MMSE > 15, positive si le score > 5/6, inconvenient si le niveau socio-éducatif est faible, Hamilton seule cotation pour la CCAM, la MADRS est très sensible mais demande de l'entraînement (temps soignant)

Stratégies thérapeutiques

Contrat moral

- Le traitement sera entrepris en ambulatoire ou en milieu hospitalier en cas de risque suicidaire ou d'autre nature (troubles du comportement) pendant au moins six mois, souvent l'arrêt du traitement est responsable de la rechute

Stratégies thérapeutiques

Contrat moral

■ Les facteurs favorisant l'arrêt du traitement sont les comorbidités – la découverte d'un cancer – les troubles cognitifs – les effets secondaires du médicament – la mauvaise compréhension des symptômes dépressifs – la stigmatisation associée à la dépression – le manque de support familial et le coût

Stratégies thérapeutiques

Contrat moral

- Il est nécessaire d'avertir le patient de la latence de 2 à 4 semaines avant de commencer à avoir un effet bénéfique
- En théorie – il faut continuer le traitement au moins 1 an après la rémission – 2 ans si c'est le deuxième épisode – et 3 ans si plusieurs épisodes

Stratégies thérapeutiques

Contrat moral

- Le traitement s'échelonne en moyenne sur 18 mois, l'arrêt doit être progressif sur 2 à 3 mois afin d'éviter un syndrome de sevrage et cela doit être précisé sur le dossier médical du patient
- En première intention la prescription sera un ISRS ou un IRSNa, éventuellement une autre molécule de la classe des antidépresseurs

Stratégies thérapeutiques

Traitements allopathiques

- Prescription antidépresseur de première intention : escitalopram (*Seroplex*[®]) ou (*Seropram*[®]) intérêt de la forme injectable (perfusion), la sertraline (*Zoloft*[®])
- En cas de non réponse au bout de 4 semaines, il est recommandé de passer à la duloxétine (*Cymbalta*[®]) ou à la venlafaxine (*Effexor*[®])

Stratégies thérapeutiques

Traitements allopathiques

- Les imipraminiques et/ou tricycliques sont de seconde intention et réservés en cas d'échec ou de pathologie sévère ou résistante associées à de nombreux effets secondaires anticholinergiques nécessitant une manipulation avec prudence du fait des nombreuses complications possibles

Stratégies thérapeutiques

Traitements allopathiques

■ La miansérine (*Athymil*[®]) est intéressante du fait de son effet orexigène, quant à la quiétapine (*Xeroquel LP*[®]), elle possède sa place – à faibles doses – dans l'arsenal thérapeutique, les thymorégulateurs peuvent avoir aussi un certain intérêt

Stratégies thérapeutiques

Effets secondaires

■ Attention à l'hyponatrémie extrêmement fréquente – risques de chutes – effets cardiovasculaires (ECG obligatoire QT) – syndrome sérotoninergique – potentialisation avec les anticoagulants

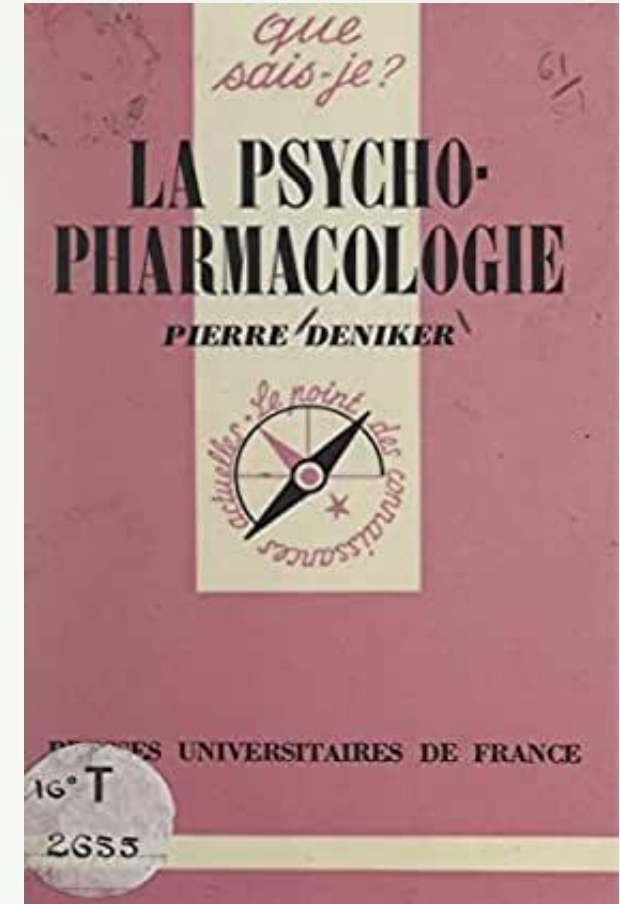
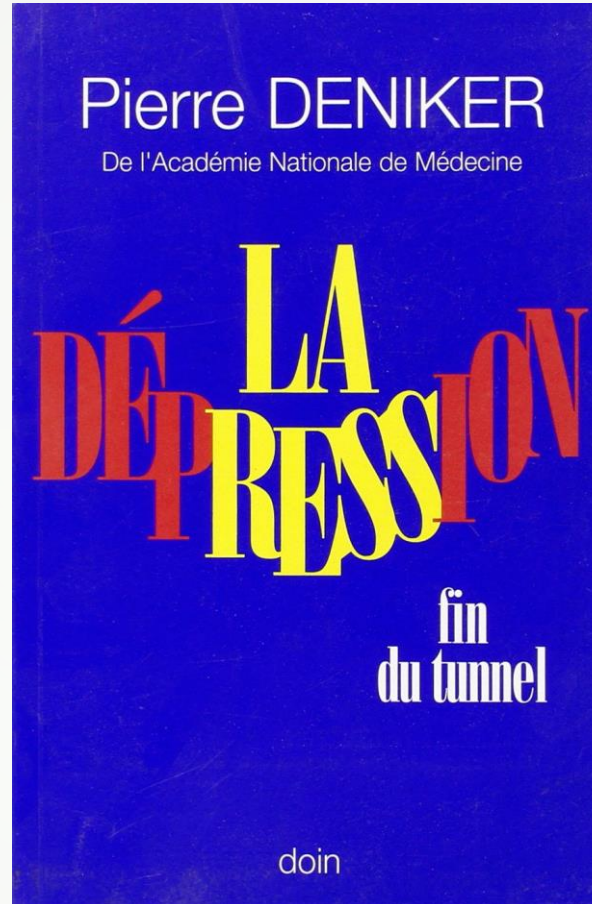
Stratégies thérapeutiques

Traitements allopathiques

- 10 à 20% des dépressions résistent aux traitements et se chronicisent et 50% rechutent dans les deux ans qui suivent le premier épisode dépressif
- Le traitement anxiolytique et/ou hypnotique s'associe le plus souvent favorablement comme médication symptomatique

Pierre Deniker

Académie Nationale de Médecine



Stratégies thérapeutiques

Traitements anxiolytiques

- Privilégier les demi-vies courtes sauf cas exceptionnels car ils majorent le risque de chute et la survenue de syndromes confusionnels
- Le traitement anxiolytique ne doit pas cumuler deux benzodiazépines ni une BZD avec un apparenté (*Stilnox*[®], *Imovane*[®], etc.)

Stratégies thérapeutiques

Règles de prescription des BZD

- Prescrire la dose la plus faible possible sur de courtes périodes de 4 à 8 semaines avec arrêt progressif du traitement
- Contre-indication des BZD si apnées du sommeil, myasthénie et insuffisance respiratoire sévère

Stratégies thérapeutiques

Règles de prescription des BZD

- Effets indésirables possibles, sédation avec somnolence diurne et ralentissement intellectuel, baisse des performances mnésiques avec oubli à mesure
- Sevrage progressif (paliers de ¼ comprimé tous les 5-7 jours) ; antihistaminiques (*Atarax*®/*Théralène*®) sont interdits (Anticholinergiques ++)

Stratégies thérapeutiques

Règles de prescription des Thymorégulateurs

- Indications identiques à celles de l'adulte jeune auxquelles s'ajoutent les troubles du comportement dans les démences
- En première intention il faut prescrire Valproate de sodium et dérivés plutôt que Lithium, on évite la Carbamazépine (interactions médicamenteuses nombreuses)

Stratégies thérapeutiques

Règles de prescription des Thymorégulateurs

- **Posologie progressive** avec un début à dose minimale (*Depamide*® 300mg/jour, *Depakote*® 250mg/jour) et une augmentation environ toutes les semaines
- **Schéma d'instauration de Lamotrigine** et dose efficace identique à l'adulte jeune dans les dépressions récurrentes et trouble bipolaire à dominante dépressive

Stratégies thérapeutiques

Règles de prescription des Antipsychotiques

- Indications identiques à celles de l'adulte jeune (psychoses, thymorégulation) et troubles du comportement chez les déments, délires d'apparition tardive
- Présence ou suspicion de Parkinson ou démence à corps de Lewy, la Clozapine (*Leponex*®) a seule l'indication – en pratique – certaines équipes prescrivent aussi la Quetiapine (*Xeroquel*®LP), jamais les autres molécules

Stratégies thérapeutiques

Règles de prescription des Antipsychotiques

- Privilégier les antipsychotiques de II^e génération (tenir compte dans ce cas de la majoration des risques cardiovasculaires)
- Dans tous les cas – pas de double prescription d'antipsychotiques de fond – et privilégier la prescription en plusieurs prises journalières

Stratégies thérapeutiques

Règles de prescription des Antipsychotiques

- Lors de l'ajout nécessaire d'un neuroleptique sédatif, il faut prescrire la posologie la plus faible possible de durée courte (cf. Benzodiazépines)
- En cas de psychose connue de longue date – baisse des posologies par rapport à l'adulte jeune (doses max environ 2/3 doses max de l'adulte jeune) – dans toutes les autres indications, les posologies doivent être beaucoup plus faibles avec une réévaluation régulière de maintenir la molécule

Stratégies thérapeutiques

Stimulation cérébrale non invasives

- Les techniques de stimulation cérébrale non invasives, en plus des stratégies de psychothérapie et de psycho-éducation, représentent une alternative validée sur le plan scientifique
- La sismothérapie ou électroconvulsivothérapie (ECT) reste toujours le traitement de référence lors d'épisode thymique très sévère avec risque vital engagé

Stratégies thérapeutiques

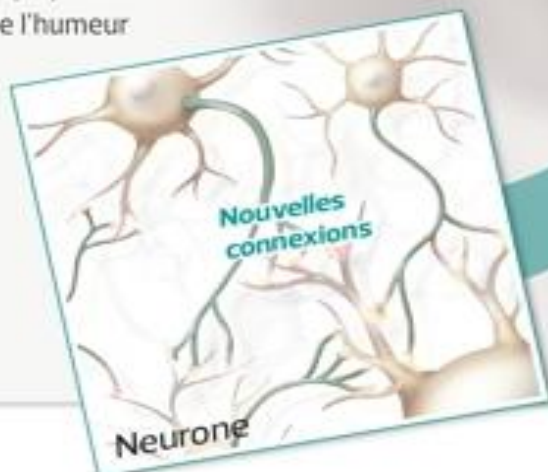
Stimulation cérébrale non invasives

- L'ECT est mieux tolérée que les antidépresseurs, indiqué dans l'épisode dépressif caractérisé sur un terrain psychotique, retentissement et comorbidités somatiques
- Protocole de 2 séances/semaine en période d'attaque sous anesthésie générale et curarisation (relargage monoaminergique, stimulation de la neurogenèse)

Des électrochocs pour rétablir les connexions neuronales

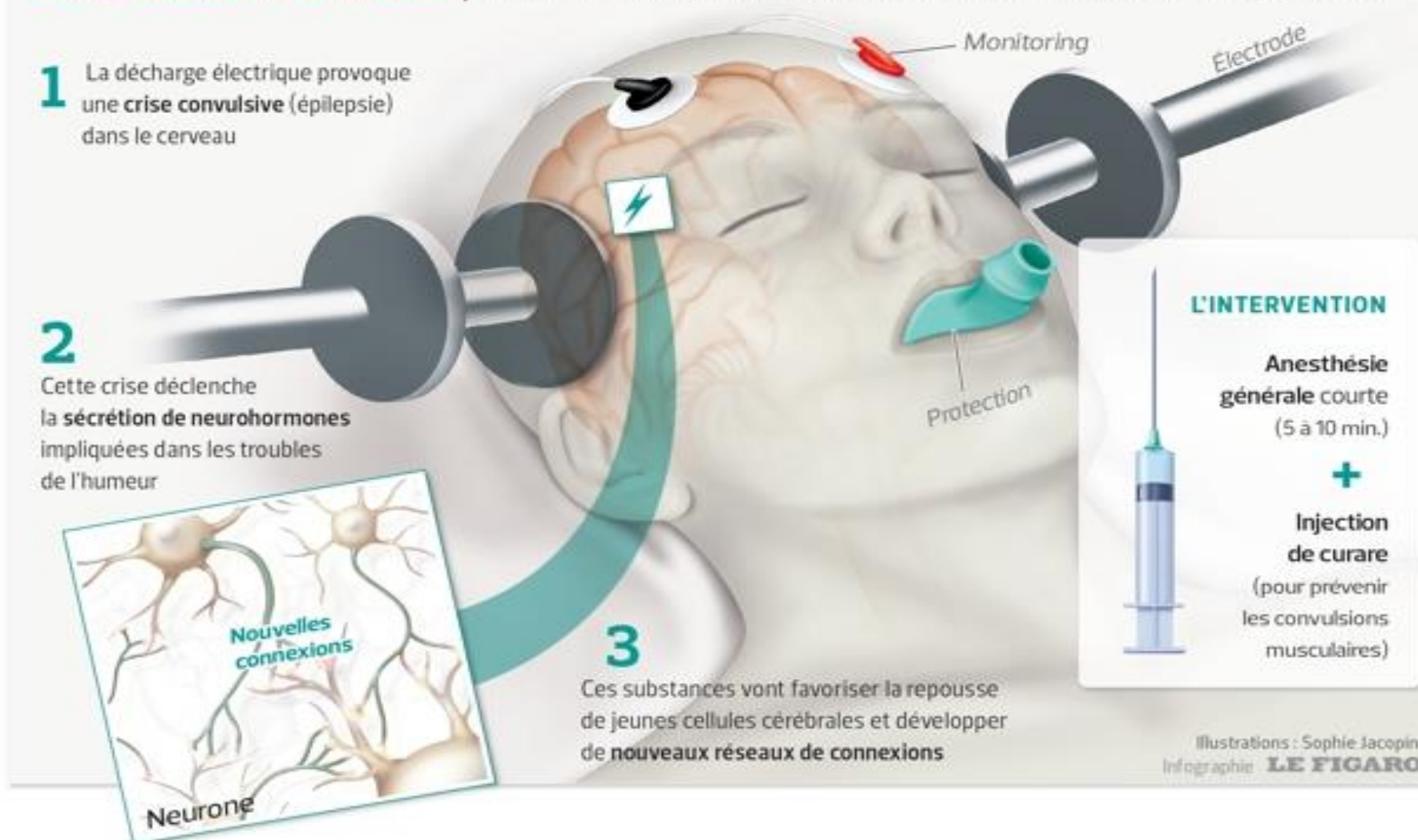
1 La décharge électrique provoque une **crise convulsive** (épilepsie) dans le cerveau

2 Cette crise déclenche la **sécrétion de neurohormones** impliquées dans les troubles de l'humeur



3

Ces substances vont favoriser la repousse de jeunes cellules cérébrales et développer de **nouveaux réseaux de connexions**



L'INTERVENTION

Anesthésie
générale courte
(5 à 10 min.)

+

Injection
de curare
(pour prévenir
les convulsions
musculaires)



Illustrations : Sophie Jacopin
Infographie **LE FIGARO**

Stratégies thérapeutiques

Stimulation cérébrale non invasives

- La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) est un outil thérapeutique d'utilisation récente en psychiatrie
- La rTMS se limite à des résultats qui ont un faible niveau de preuve, se limitant à une possible réduction des symptômes en matière d'état maniaque et d'état mixte

Le cerveau au cœur de la maladie

CORTEX PRÉFRONTAL

- Siège des émotions, de la planification et du comportement social
- En cas de **dépression**, son volume et son activité diminuent

HIPPOCAMPE

- Impliqué dans le processus de mémorisation et le contrôle de l'humeur
- En cas de **dépression**, on observe une diminution de son volume (baisse de la neurogénèse)

AMYGALE

- Régule l'anxiété et l'hypersensibilité
- En cas de **dépression** : hyperactivité de l'amygdale

Les bienfaits de la stimulation magnétique



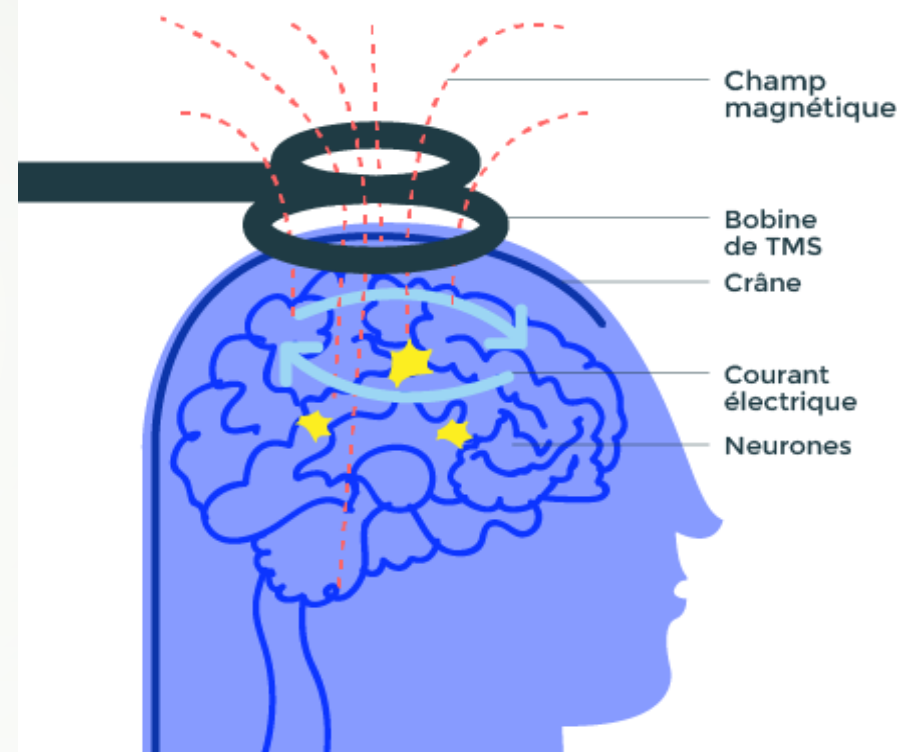
La variation rapide du champ magnétique induit un champ électrique qui **modifie l'activité des neurones** reliés à la zone ciblée.

Illustration : Sophie Jacopin

Infographie LE FIGARO

LA STIMULATION MAGNÉTIQUE TRANSCRÂNIENNE

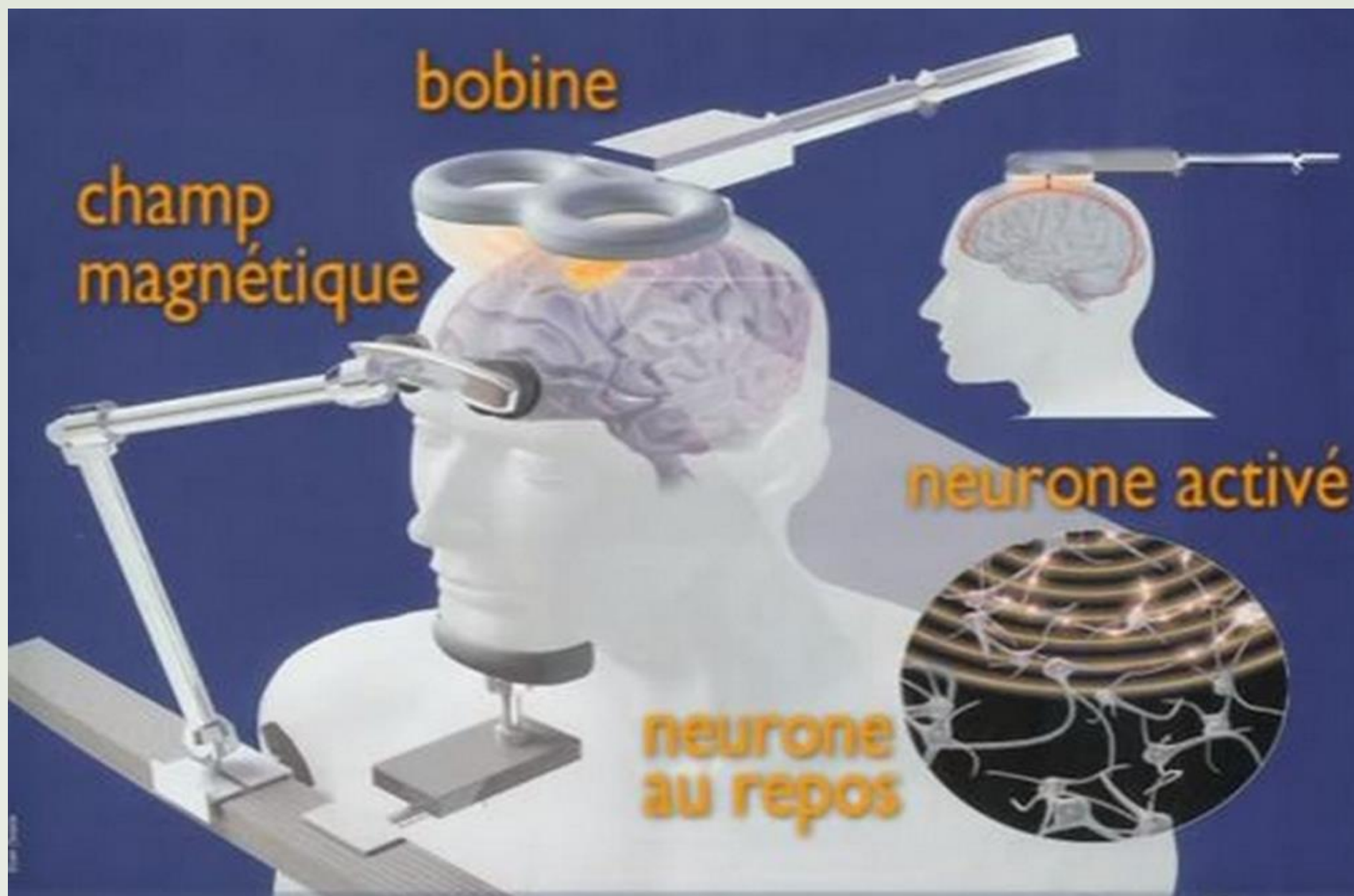
La TMS est une technique qui consiste à appliquer sur certaines zones du cerveau une impulsion magnétique à haute fréquence.



futuremag.fr

@FutureMagFR

#futuremag



Stratégies thérapeutiques

Traitements psychothérapeutiques

- La **psychothérapie institutionnelle** où l'équipe soignante essayera d'établir et de renforcer une relation de confiance avec l'élaboration d'un projet thérapeutique au long cours qui évitera une attitude de repli et de passivité et permettra un meilleur réinvestissement du sujet

Stratégies thérapeutiques

Traitements psychothérapeutiques

- Les psychothérapies de soutien, analytique ou cognitivo-comportementale seront conseillées suivant les cas et le besoin
- L'assurance maladie prend en charge financièrement l'orientation du patient – par le médecin référent – vers un psychologue conventionné (maximum 7 séances)

Stratégies thérapeutiques

Traitements psychothérapeutiques

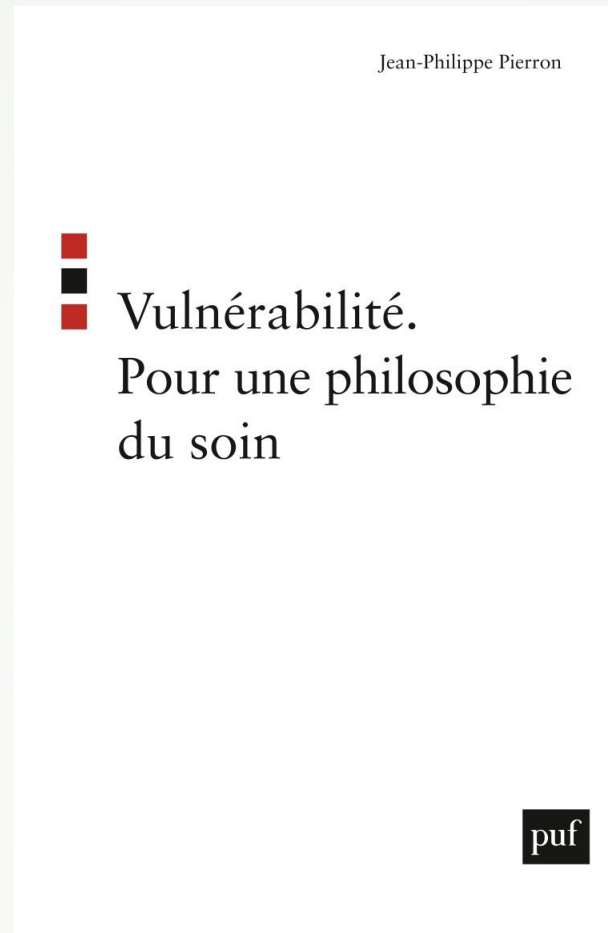
- La thérapie interpersonnelle souligne la nécessité d'une intervention efficace à court terme dans le traitement de la dépression
- Elle se centre sur des objectifs limités et considère la dépression selon trois points de vue : la formation du symptôme, les relations interpersonnelles, la personnalité

Stratégies thérapeutiques

Traitements psychothérapeutiques

- **L'intervention interpersonnelle** s'occupe des deux premiers, la durée limitée du traitement ne permettant pas de viser le changement de certains traits de la personnalité du sujet
- **Les buts de la thérapie sont clairement explicités** : on cherche avant toute chose à réduire le déséquilibre, et non à comprendre à tout prix le pourquoi de l'apparition de la dépression

Eléments de littérature



Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- L'infirmière avec l'équipe médicale a un rôle d'éducation, expliquer au patient sa maladie et son état ; nommer la maladie est une première réassurance, une fois le diagnostic posé et affirmé par le médecin, l'intérêt est de prévenir le patient du délai d'action du médicament antidépresseur
- Le rôle de l'IDE est de faire accepter le diagnostic puis le traitement dont le délai d'action incontournable est souvent la cause d'une mauvaise observance

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

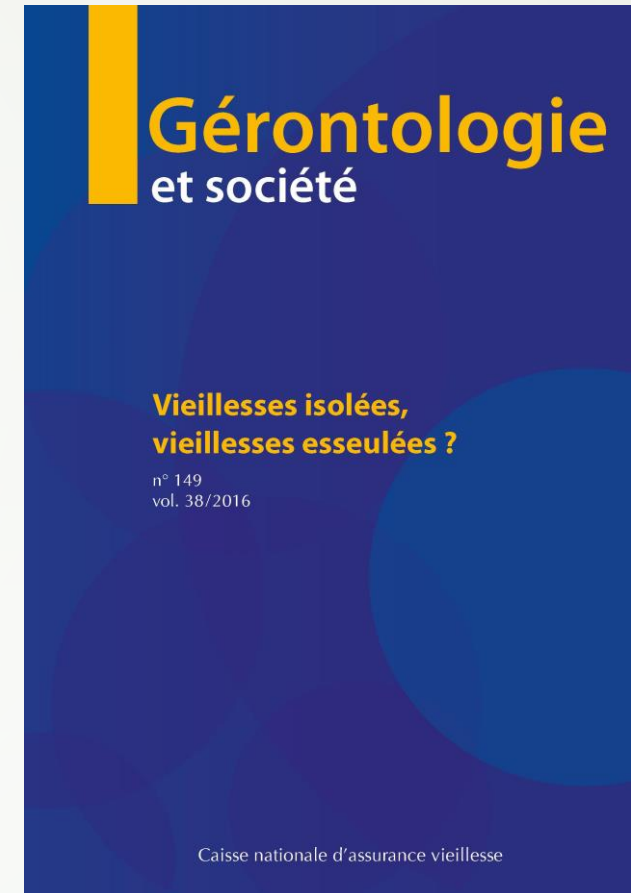
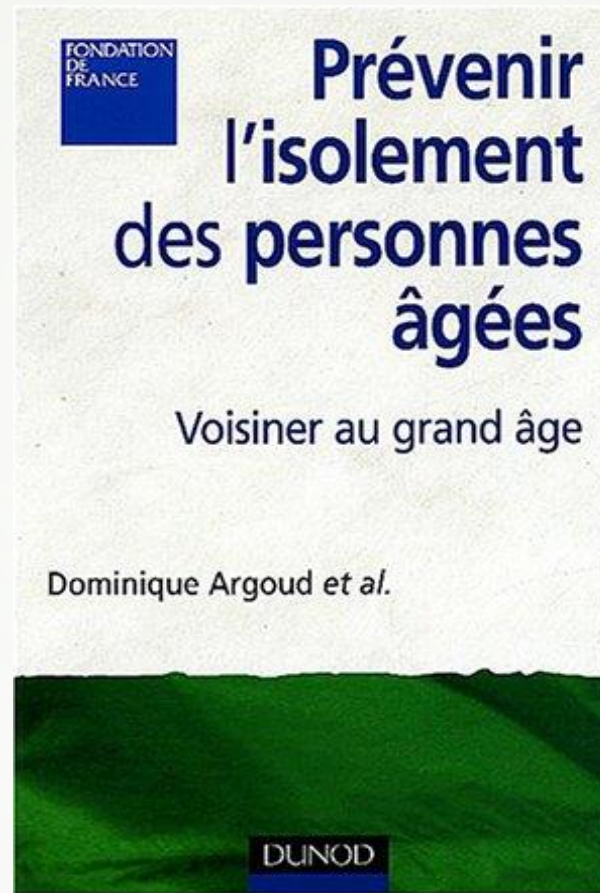
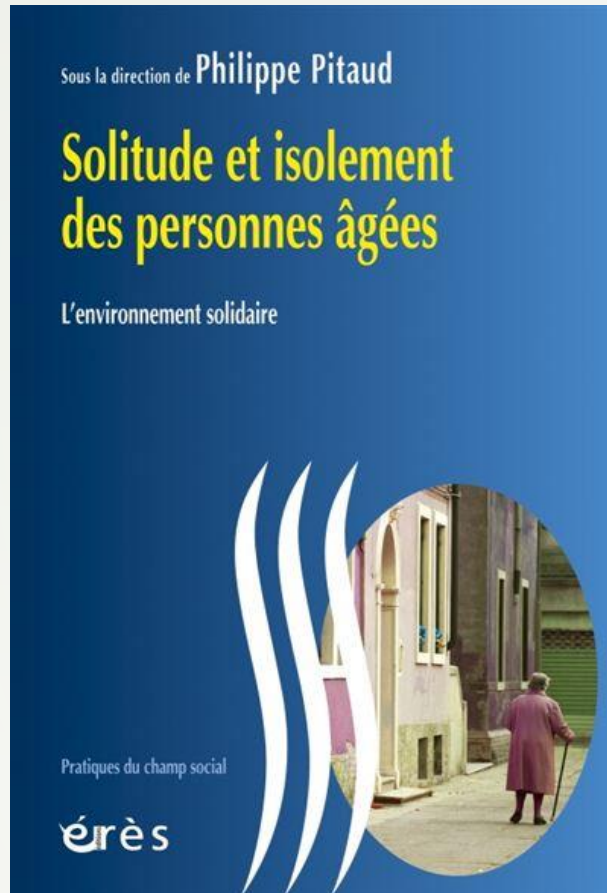
■ **Attention à l'hygiène de vie**, – les antidépresseurs – peuvent avoir une action stimulatrice sur l'appétit (prise de poids) ou de diminution de l'appétit (anorexie), le sommeil (insomnie) et la sexualité peuvent être perturbés, la consommation d'alcool est contre-indiquée, comme pour tous les psychotropes

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- Aide à la réinsertion, les états dépressifs induisent une tendance à l'isolement, une solitude pénible et durable, accompagnée d'une perte de l'estime de soi
- L'intérêt est de combattre cette tendance au repli par des actions psychothérapeutiques accés sur la revalorisation

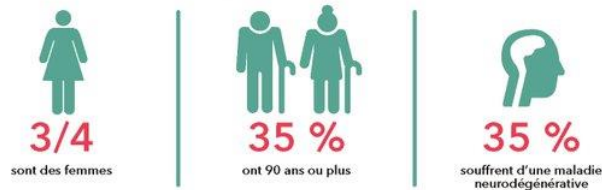
Eléments de littérature



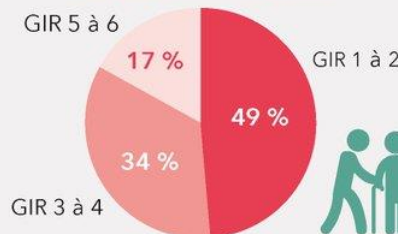
LES RÉSIDENTS DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

DREES SOCIAL

PROFIL DES PERSONNES RÉSIDANT EN INSTITUTION



NIVEAU DE DÉPENDANCE DES RÉSIDENTS



LES 6 NIVEAUX DE DÉPENDANCE, SELON LA GRILLE « AGGIR »*

GIR 1 à 2 : état de dépendance totale ou sévère

GIR 3 à 4 : état de dépendance légère ou modérée

GIR 5 : état de dépendance très légère

GIR 6 : Personnes totalement autonomes

*Autonomie gérontologie groupes iso-ressources

BESOIN D'AIDE DANS LES GESTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Part des résidents confrontés à une perte d'autonomie partielle ou totale*



*Hors résidences autonomie

ENTRÉES ET SORTIES D'ÉTABLISSEMENT EN 2015



LES AIDANTS FAMILIAUX EN FRANCE

QUI SONT-ILS ? QUELLES SONT LEURS PROBLÉMATIQUES ? QUELLES SOLUTIONS POUR LES ACCOMPAGNER ?



Aident un membre de leur famille.



Quelles solutions existe-t-il pour eux ?

Une stratégie nationale des proches aidants (2020-2022) va être mise en place. Voici quelques unes des mesures proposées.



Chiffres et informations issus de la stratégie nationale d'accompagnement des proches aidants

Phantom, gère le site internet comprendrelautisme.com

DREES SOCIAL

LES PROCHES AIDANTS DES PERSONNES ÂGÉES LES CHIFFRES CLÉS

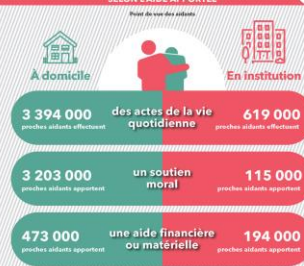
Dans le cadre du suivi statistique sur la dépendance des personnes âgées, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a été en mesure de disposer d'informations CARS, C-capacités, Aides et 10 courtiers des seniors, afin de proposer rapidement aux besoins d'informations quant à l'évaluation de la dépendance et aux besoins financiers, humains et techniques qu'elle requiert.

LES PROCHES AIDANTS DES PERSONNES ÂGÉES



Source : DREES, enquêtes CARS, C-capacités, Aides et 10 courtiers des seniors, 2019

NOMBRE DE PROCHES AIDANTS SELON L'AIDE APPORTÉE



Source : DREES, enquêtes CARS, C-capacités, Aides et 10 courtiers des seniors, 2019

RÉPARTITION ET ÂGE MOYEN DES AIDANTS SELON LEUR LIEN AVEC LE SENIOR



Source : DREES, enquêtes CARS, C-capacités, Aides et 10 courtiers des seniors, 2019

PROFIL DES AIDANTS



CONSEQUENCES SUR LA VIE DES AIDANTS



Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- Le rôle de l'IDE est de favoriser des activités de groupe, accompagner le patient lors des différentes démarches administratives et sociales, le stimuler afin qu'il se réhabitue aux règles de vie en société (vêtue, hygiène, etc.)

LES PERSONNES ÂGÉES LEUR PRISE EN CHARGE EN 2050

Le contexte

Personnes âgées de +85 ans
4,8 millions en 2050
X3 entre 2017 et 2050



85,4 ans
Âge moyen d'entrée en EHPAD
en 2015

80 % des Français
considèrent qu'entrer en EHPAD
signifie perdre son autonomie
de choix

Accidents du travail en EHPAD
2 fois plus
que dans le bâtiment
et les travaux publics

L'enquête auprès des directeurs d'EHPAD

25 %
ne sont pas prêt à intégrer leur
structure en temps voulu

89 %
pensent que l'EHPAD de demain
doit accueillir un public
plus diversifié et non spécialisé
en GIR 1 et 2



43 %
pensent que l'EHPAD doit
soutenir l'offre existante
au domicile grâce à la coordination

57 %
pensent que l'EHPAD
doit développer
son offre de services à domicile

Les propositions

Les pilotes stratégiques
L'Agence régionale de santé
Le Conseil départemental



Le pilote opérationnel
Les aînés et aidants

La Maison des aînés et aidants

Les offreurs de soins et services



Parcours individualisé et offre de solutions

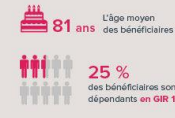


Par Astrid Aublanc, Morgane Brasseur (cheffe de projet), Laëtitia Lebras Jacob, Camille Miclot, Marie Nicolau
Sous la direction de Simon Kieffer, directeur des établissements et services médico-sociaux, CNSA

RECHERCHES-ACTIONS EN PROTECTION SOCIALE // Synthèse des travaux de la 58^e promotion

LES AIDES À DOMICILES pour personnes âgées dépendantes

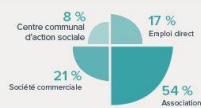
LA POPULATION CONCERNÉE



LES BESOINS



LES ORGANISMES EMPLOYEURS

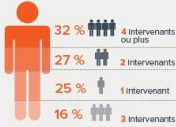


Le relevé d'heures

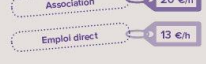
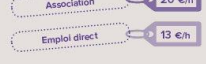


LA QUALITÉ DU SERVICE

Le nombre d'intervenants
différents par mois



LES TARIFS



Enquête Que Choisir réalisée en février 2016 auprès de 375 inscrits à la newsletter
hebdomadaire de Que Choisir bénéficiaires de services à domicile pour personnes dépendantes.

* Gir 1-2 (très grande dépendance), Gir 3-4 (partielle d'autonomie), Gir 5-6 (personnes
autonomes ayant besoin d'une aide ponctuelle).



Flasher ce QR Code ou saisissez ce lien
url.quechoisir.org/info/ad dans votre navigateur pour
accéder à notre article sur QueChoisir.Org.

Les aidants EN FRANCE



Il seraient environ **11 millions d'aidants** en
France, soit un français sur cinq. Un nombre
en progression avec le vieillissement de la
population dans les pays développés.

54 %
DES AIDANTS
IGNORENT
LEUR STATUT
D'AIDANT

ET N'ONT PAS CONSCIENCE DE
L'IMPORTANCE DE LEUR ACTION

Un aidant est une personne qui soutient
un proche malade ou en situation de
dépendance de façon bénévole. Un
rôle encore mal reconnu par la société
mais qui, pourtant, permet près de 11
milliards d'euros d'économies à l'État,
selon certaines estimations.



DE FEMMES
Les femmes sont
majoritaires parmi les
proches aidants.



**ONT MOINS
DE 65 ANS**
Tandis que 44 % des
proches aidants ont
moins de 50 ans.



**SONT DES
ACTIFS**
Ces personnes
travaillent à côté, et
ce chiffre augmente
chaque année.

Les aidants rencontrent de
nombreuses difficultés : le manque
de temps, la fatigue physique, la
complexité des démarches
administratives...

Ce statut a également des
incidences sur les loisirs/sorties et la
vie sociale en général, la qualité du
sommeil, le moral et la santé.

**LES AIDANTS FONT FACE À UNE
CERTAINE PRÉCARITÉ
PROFESSIONNELLE :**

- STRESS ET FATIGUE PROVOQUANT
UN MANQUE D'EFFICACITÉ AU
TRAVAIL,
- CRAINTE DE NE POUVOIR ÉVOLUER
PROFESSIONNELLEMENT,
- DES LIENS ENTRE COLLÈGUES
MALMENÉS,
- UNE BAISSE DE SALAIRE,
- PEUR DE PERDRE SON EMPLOI.



1 aidant sur 6 consacre **20 heures par
semaine** pour aider son ou ses proches,
soit 16% d'entre eux.

SOURCE : FONDATION APEL 080

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- Le soutien (rôle essentiel du soignant) consiste à réduire la souffrance du patient, favoriser l'acceptation de la maladie et du traitement, contrecarrer cette vision partielle et partiale qu'il peut avoir de lui-même, retrouver une confiance pour lui permettre de tendre vers une anticipation positive

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- L'ensemble des soins doit conduire à une détection précoce de l'émergence de toute idée suicidaire
- Le risque suicidaire est un problème pratique d'engagement de la responsabilité professionnelle

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- Le rôle de l'IDE est de reprendre avec le patient la survenue de toute idée noire ou idée morbide, et surtout ne doit pas être banalisée (au risque de voir amplifier le sentiment de désespoir)
- L'évocation d'un geste suicidaire, n'implique pas forcément l'absence de risque suicidaire, rien ne prouve que le patient ne passera pas à l'acte (deux tiers des TS ont été clairement annoncées)

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- La surveillance c'est d'abord le risque de fugue qui sera maîtrisé par une mesure d'hospitalisation sous contrainte (SDT ou SDRE) dans le cas de trouble de l'humeur sévère (TS et/ou trouble bipolaire)
- Le rôle de l'IDE est de veiller à ce que le patient ne se fasse pas de mal, qu'il ne se lèse pas en distribuant ses biens (sauvegarde de justice)

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- La surveillance est toujours difficile et impose de trouver la bonne distance : le maniaque (bipolarité) risque de devenir agressif (humeur versatile), le dépressif peut devenir extrêmement passif et régresser sous une trop forte surveillance, ou passer directement à l'acte suicidaire lors de la levée brutale de l'inhibition

Merci de votre attention

