

Entre corps et esprit

# Trouble anxieux à l'âge avancé

**Symptôme cardinal à l'âge avancé et émotion primaire, l'anxiété a des propriétés neurophysiologiques, phénoménologiques et motivationnelles variées. Celle-ci a un rôle organisateur de la pensée et du comportement et confère une stabilité de l'expérience de vie et de soi en permettant l'adaptation du sujet aux situations complexes de la vie (1).**

**A**u carrefour entre les mondes somatique et mental, y compris celui des représentations du monde intérieur et extérieur, l'anxiété, pôle de contrôle émotionnel tend chez l'agé vers une sélectivité sur le plan interpersonnel ou social afin que des émotions positives soient privilégiées, alors qu'en cas de déclin cognitif ou physique, cette fonction de contrôle peut s'affaiblir (2).

Le processus de vieillissement est associé à de multiples changements, certains progressifs, d'autres brusques et avec des conséquences sur la perception de soi du sujet âgé, des répercussions sociales de stigmatisation, un retrait des rôles sociaux et une diminution des ressources économiques après la retraite. Ces pertes ou défaillances dans l'expérience de vie augmente ou redirige les efforts de contrôle du sujet âgé vers un nouvel équilibre.

Même si les premières émotions anxieuses ont été décrites dans l'antiquité, l'anxiété comprenant une anticipation de quelques événements inquiétants, l'angoisse avec une place plus métaphysique, le concept médical d'anxiété a vu le jour dans l'Europe du XIX<sup>e</sup> siècle (3).

## Notions d'épidémiologie

Les troubles anxieux sont fréquents chez l'agé, surtout l'anxiété généralisée et les troubles phobiques et somatoformes (4). La prévalence se situe au-dessus de 10% au-delà de l'âge de 60 ans (13-15% dans la population générale) (cf. aussi tab. 1).

## Hypothèses étiologiques

### Aspects psychopathologiques

Plusieurs grilles de lecture explicatives ont été proposées pour interpréter l'émergence des troubles anxieux à l'âge avancé. Parmi les facteurs étiologiques nous mentionnons :

- ▶ Vulnérabilité psychologique de longue date avec réactions émotionnelles intenses (5)
- ▶ Événements de vie selon le sens donné par le sujet plutôt que la sévérité de l'événement (6)
- ▶ Manque de support social, solitude, conditions économiques et sociales pauvres
- ▶ Apparition d'une maladie physique → « névrose cardiaque » à la suite d'un infarctus du myocarde, agoraphobie
- ▶ Somatisation de l'anxiété et renforcement réciproque, dysrégulation neuro-végétative cardiaque (7)
- ▶ Vulnérabilité biologique et dysfonctionnement du système sérotoninergique et noradrénergique
- ▶ Trouble du traitement de l'information : schéma de danger permanent et hyperveil psychique
- ▶ Théorie psychanalytique de l'angoisse : liée à l'angoisse de mort (2)



**Dr méd. Ioana Stancu**  
Prilly

## Aspects neurobiologiques

L'activation pathologique de l'amygdale, « circuit de la peur » après des traumatismes psychologiques provoque dépression, phobie sociale, stress post-traumatique (PTSD). Des lésions de l'amygdale provoquent une absence de reconnaissance de la peur avec des conséquences psycho-sociales.

Bien que controversé, en cas de lésion hémisphérique unilatérale gauche antérieure des réactions anxieuses de « catastrophe » sont observées (par exemple en cas d'aphasie de Broca), en cas de lésion unilatérale gauche postérieure plutôt de l'indifférence et de la paranoïa (par exemple en cas d'aphasie de Wernicke). Des lé-

TAB. 1 Prévalence du trouble anxieux chez l'agé (6)				
	Age	Hommes	Femmes	Total
Dysthymie	65 +	1.0	2.3	1.8
	Tout âge	2.2	4.2	3.3
Trouble phobique	65 +	2.9	6.1	4.8
	Tout âge	3.8	8.4	6.2
Trouble panique	65 +	0.0	0.2	0.1
	Tout âge	0.3	0.7	0.5
Trouble obsessionnel compulsif	65 +	0.7	0.9	0.8
	Tout âge	1.5	1.5	1.3
Somatisation	65 +	0.2	0.2	0.1
	Tout âge	0.2	0.2	0.1
Anxiété généralisée	65 +	-	-	1.9 <sup>a</sup>
	45-64	-	-	3.1 <sup>a</sup>

(a) un mois prévalence (%)

TAB. 2 Symptômes de l'anxiété chez l'agé (6)		
Cognitifs	Comportementaux	Physiologiques
Nervosité	Hyperkinésie	Tensions musculaires
Appréhension	Actes moteurs répétitifs	Oppression thoracique
Soucis	Langage précipité	Palpitations
Peur	Photophobie	Hyperventilation
Irritabilité		Paresthésie
Distractibilité		Photophobie
		Transpiration
		Fréquence urinaire ++

<b>TAB. 3 Causes physiques des symptômes anxieux chez l'âge (6)</b>	
Cardio-vasculaires	Infarctus du myocarde Arythmie cardiaque Hypotension orthostatique Prolapsus de la valve mitrale
Respiratoires	Pneumonie Embolie pulmonaire Emphysème Asthme Insuffisance ventriculaire gauche Hypoxie Carcinome bronchique
Métaboliques et endocriniennes	Hypo-hyperthyroïdisme Hypo-hypercalcémie Syndrome de Cushing Carcinoïde Hypoglycémie Insulinôme Pheochromocytome Hyper- hypokaliémie Hypothermie
Neurologiques	Traumatisme crânien Tumeur cérébrale Démence Delirium Epilepsie Migraine Maladie démyélinisante Hémorragie sous-arachnoïdienne
Médicaments et aliments	Caféine Déficit vitaminiq Anémie Sympathomimétiques Agonistes dopaminergiques Corticostéroïdes Syndromes de sevrage Intoxication à la digitoxine Fluoxetine

<b>TAB. 4 Échelle d'évaluation de l'anxiété gériatrique (GAI*, 2006)</b>	
(Échelle d'auto-évaluation de dépistage des symptômes anxieux) (Sensibilité 75%, spécificité 85% pour 16, 6 réponses positives)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je me fais beaucoup de soucis tout le temps</li> <li>• Je trouve difficile de prendre une décision</li> <li>• Je me sens souvent nerveux</li> <li>• J'ai de la peine à me détendre</li> <li>• Souvent je ne peux pas me réjouir à cause de mes soucis</li> <li>• Je suis inquiet pour un rien</li> <li>• J'ai l'impression d'avoir des papillons dans l'estomac</li> <li>• Je pense que je suis un soucieux</li> <li>• Je ne peux pas m'empêcher de me faire du souci</li> <li>• Je ne peux pas m'empêcher de me faire du souci pour des choses triviales</li> <li>• Je me sens souvent nerveux</li> <li>• Mes propres pensées me donnent de l'anxiété</li> <li>• Mes soucis me donnent mal à l'estomac</li> <li>• Je pense que je suis une personne inquiète</li> <li>• J'anticipe toujours le pire des événements</li> <li>• Je me sens souvent tremblotant à l'intérieur</li> <li>• Je pense que mes soucis interfèrent avec ma vie</li> <li>• Mes soucis m'accablent parfois</li> <li>• Je ressens parfois un grand nœud dans mon estomac</li> <li>• Je rate des choses parce ce que je me fais trop de soucis</li> <li>• Je me sens souvent triste</li> </ul>	
* GAI : Geriatric Anxiety Inventory	

sions de l'hémisphère droit provoquent plutôt une apathie et une absence de réaction émotionnelle.

**Expression clinique et diagnostic différentiel**

L'anxiété réactionnelle à une maladie physique peut constituer une des manifestations d'un trouble dépressif ou d'un début d'un processus dégénératif du système nerveux central (tab. 2):

- ▶ Dépression (85% de comorbidité) (6)
- ▶ Démence : anxiété en phase débutante d'une démence dégénérative, agitation, psychose (6)
- ▶ Délirium : panique d'apparition soudaine, hallucinations et idées délirantes, confusion
- ▶ Symptômes somatiques (p. ex. cardiaques, neurologiques, gastroentérologiques (8) (tab. 3))
- ▶ Trouble du comportement (p. ex. évitement, agoraphobie, consommation de psychotropes, alcool (6))
- ▶ Troubles du sommeil (p. ex. maladie somatique, douleurs, apnées du sommeil, dépression)

Le diagnostic de pur trouble anxieux est parfois plus difficile à poser.

Les symptômes mixtes, anxieux et dépressifs comprennent la thymie dysphorique sur au moins un mois avec au minimum un à quatre autres symptômes, tels que irritabilité, inquiétude, troubles du sommeil, anticipation « du pire », troubles cognitifs et manque d'espoir.

**Echelles d'évaluation de l'anxiété**

L'évaluation clinique de l'anxiété peut être aidée par l'utilisation d'une échelle. Parmi ces échelles, on trouve par exemple l'Inventaire de l'anxiété gériatrique GAI à 20 items (tab. 4).

**Approches thérapeutiques**

**Traitement psychopharmacologique.** Comme considération générale, la médication dépend du diagnostic posé et les posologies initiales correspondront à environ une demi-dose comparées aux adultes plus jeunes (tab. 5).

Les benzodiazépines utilisées pour leurs effets anxiolytiques ou sédatif-hypnotique sont celles ayant une plus courte demi-vie d'élimination et pas de métabolites actifs (tab. 6).

<b>TAB. 5 Traitement médicamenteux</b>		
	Indications	Effets secondaires
Benzodiazépines (BDZ)	Anxiolytique, sédatif-hypnotique	Sédation myorelaxant, amnésiant
Antidépresseurs (SSRI, NaSSA)	Anxiété, tr. phobique, PTSD, tr. sommeil	Fréquemment dose dépendant: tr. gastro-intestinaux, de la libido, anticholinergiques
Neuroleptiques atypiques	Anxiété et démence, agitation et psychose, délirium	Risque vasculaire AVC, AIT Effets extrapyramidaux Anticholinergiques Dyskinésies tardives Hypotension orthostatique
B-bloqueurs (ex. propranolol 5-10mg)	Anxiété de performance, Agressivité	Dépression
Antihistaminiques	Insomnie et anxiété si BDZ contreindiquées	Anticholinergiques

Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (SSRI) sont utilisés comme premier choix dans la plupart des troubles anxieux et ceux à double action, sérotoninergique et noradrénergiques (NaSSA), pour d'autres troubles associés (tab. 7).

Les neuroleptiques sont surtout utilisés en cas d'agitation associée à une psychose, un delirium et une démence et peuvent être efficaces dans le traitement de l'anxiété réfractaire dans la démence (tab. 8).

**Aspects psychothérapeutiques**

Les thérapies comportementales et cognitives ciblent la modification du comportement observable au niveau moteur et verbal en situation sociale, à travers des techniques spécifiques choisies en fonction des capacités cognitives et sensorielles et en renforçant les stratégies relationnelles de l'âge dans son interaction sociale (10-12).

La thérapie psychanalytique associe l'idée du vieillissement psychique à une position provoquée par la perspective de la mort sur la scène mentale et sa propre finitude; des notions de crise, de pertes, de personnes fortement investies, de soi, demandent aussi une réflexion sur notre contre-transfert face au vieillissement (13).

**Conclusion**

Les troubles anxieux chez l'âge sont des pathologies de présentation et d'intensité variées. Une évaluation approfondie somatique, psychologique et sociale est indispensable pour la compréhension des facteurs étiologiques et l'implication dans une démarche thérapeutique du sujet âgé atteint du trouble.

**Dr méd. Ioana Stancu**

Service de psychiatrie de l'âge avancé  
DP-CHUV, 1008 Prilly  
Raluca-Ioana.Stancu@chuv.ch

TAB. 6 Benzodiazépines			
	Doses gériatriques/j	Durée d'action	Effets secondaires (4)
Oxazépam	5-30 mg	5-15 h Anxiolytique	Sédation du SNC
Alprazolam	0,125-3 mg	6-15 h Anxiolytique	Réactions paradoxales (confusion, agitation)
Lorazépam	0,5-3mg	10-20 h Anxiolytique	Dépressions respiratoires légères Symptômes si surdosage ou sevrage Confusogène si déclin cognitif
Triazolam	0,125-0,5 mg	2-5 h Hypnotique	
Midazolam	7,5-15 mg	2-3 h Hypnotique	

TAB. 7 Antidépresseurs				
	t ½	Posologie	Indication	Effets secondaires
<b>SSRI</b>				
Citalopram	t ½ 33 h	10-40 mg	Sy stress post-traumatique	Diminution de la libido
Sertraline	t ½ 26 h	50-150 mg	Tr. panique, phobie sociale	Stimulant
Paroxétine	t ½ 24 h	10-30 mg		Anticholinergiques
Escitalopram	t ½ 21 h	10-20 mg	Tr. anxieux et mixte	Sy. gastro-intestinaux
Fluvoxamine	t ½ 20 h	50-150 mg		Hyponatrémie
Fluoxétine	t ½ 1-4 j !			Tremblements
<b>NaSSA</b>				
Mirtazapine	t ½ 1-3 j	15-45 mg	Tr. anxieux et du sommeil	Sédation, prise pondérale
Venlafaxine	t ½ 3-5 h	75-150 mg	Tr. anxieux mixte	Hypertension, tr. sommeil

TAB. 8 Neuroleptiques atypiques (9)		
	Posologie	Effets secondaires
Risperidone	0,5-2mg/j	Trouble cognitif
Olanzapine	5-15mg/ j	Risque vasculaire (AVC, AIT)
Quétiapine	en moyenne 100mmg/j	Sy. métabolique Chutes sur hypotension Effets extrapyramidaux, acathisie

**Message à retenir**

- ◆ L'anxiété est un symptôme qui apparaît dans une multitude de troubles psychiatriques, comme dépressions, psychoses, troubles névrotiques, mais également dans le cadre des démences
- ◆ Les troubles anxieux représentent une pathologie fréquente chez la personne âgée, malheureusement pas suffisamment diagnostiquée, bien que fréquemment manifeste en cabinet du médecin de premier recours, entraînant une forte consommation de soins
- ◆ L'approche psycho pharmacologique devrait comprendre l'utilisation à court terme de BDZ, associée à un traitement antidépresseur de fond (SSRI / NaSSA)
- ◆ La collaboration entre le médecin de premier recours et un médecin psychiatre peut renforcer l'efficacité de la thérapie, surtout quand la personne âgée est confrontée à des problèmes somatiques

**Références :**

1. Lelord F., André Ch., La force des émotions, Edition Odile Jacob, 2001: 269–313
2. Birren J.B. & Schaie K.W., Handbook of The Psychology of Aging, 5th edition, Academic Press, 2001: 399–422
3. Stancu I. et Gaillard M., Les troubles anxieux chez l'âgé, dans Giannakopoulos P. et Gaillard M., Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé, M+H, 2010: 219–233
4. Servant D., Gestion du stress et de l'anxiété, dans Pratiques de Psychothérapie, Masson, 2<sup>e</sup> édition, 2007
5. Wattis J.P. Curren St., Practical Psychiatry of Old Age, 4<sup>th</sup> ed. Radcliffe Publishing Oxford. Seattle, 2006: 159–178
6. Schuurmans J.C et al., "The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam", Acta Psychiatrica Scandinavica, 2005: 111: 420–428
7. Jacoby R., Oppenheimer C., Dening T., Thomas A., Oxford Textbook of Old Age Psychiatry, Oxford, 2007, 573–581
8. Lenze E.,J. , et Wetherell J. L., " Bringing the bedside to the bench, and then to the community: a prospectus for intervention research in late-life anxiety ", International Journal of Geriatric Psychiatry, 2009: 24: 1–14
9. Depuydt C. et al. : La prescription des NL atypiques chez la personne âgée démentée, dans Louvain Médical 123, oct.2004, 320–324
10. Youdofsky S.C., Kim H.F., Neuropsychiatric Assessment, Review of Psychiatry, Vol.23, Nr.2., American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, DC, London, England, 2004: 69–164
11. Copeland J.R.M., Abdou-Saleh M.T., Blazer D.G., Principles of Geriatric Psychiatry, 2<sup>dn</sup> ed. Edited by John Wiley & sons, LTD, UK, 2002: 537–583
12. Lapp L. K. et al., PTSD in the elderly: the interaction between trauma and aging, International Psychogeriatrics, Vol. 23, 06, 2011: 858–868
13. Le Gouez G., Psychanalyse dans la deuxième moitié de la vie, dans Widlöcher D., Braconnier A., Psychanalyse et Psychotherapies, Flammarion, Médecine – Sciences, 1998: 140–158