

# Formation continue sur la médecine de la personne âgée

## « Docteur, je suis de mauvaise! »



**Schwabe  
Pharma AG**  
From Nature. For Health.



**A. MENARINI**  
Pharma

# SONDAGE INTERACTIF

**Participants à distance** : Le système de vote s'affichera sur votre écran

**Participants dans la salle** : Merci de scanner le *QR code* ci-dessous :

slido

Join at  
**slido.com**  
**#2028 962**

 Passcode: **idrf7j**



# « Docteur, je suis de mauvaise ! »

Formation continue Médecine de la personne âgée  
Colloque du jeudi 23 novembre 2023

Dr Sylvain Nguyen, Service de gériatrie, CHUV

Dr Matthias Vannotti, Médecin de famille

# Monsieur l'Ambassadeur, 87 ans

---

- Veuf depuis le 23.12.2021
- Père de 2 filles
- Diplomate retraité, sans regret
- Vivait 1/2 temps en France jusqu'en 2016 env.
- Vit dans un bel appartement à Lutry

# M. A. 87 ans

---

- M. A. est suivi au cabinet depuis 2014
- Consultait selon « ses besoins », a toujours été pro actif dans sa prise en charge médicale
- Depuis 2018 je le vois à domicile

# Antécédents de M. A. 87 ans

---

- Probable anxiété généralisée de longue date, trouble panique
- Dépendance aux benzodiazépines, actuellement abstinent
- Céphalées chroniques d'allure tensionnelle, syndrome du colon irritable
- HTA, obésité BMI 33
- AVC cérébelleux non daté
- Polyarthrose avec: prothèse partielle genou D 2020 et prothèse cheville D 2019
- Polyneuropathie
- Infection Covid 2021 et 2022 avec polysérosite post-infectieuse (épanchement pleural et péricardique)
- Pneumonie et embolie pulmonaire 2022
- HBP
- Diverticulose
- Gastrite à H. pylori 2020
- Cure de cataracte ddc 2017
- SAOS léger non appareillé
- Cure d'hernie inguinale D 2000
- Infection HBV dans les années 60

# M. A. 87 ans

---

Les plaintes de M. A. sont les mêmes et de longue date

- Douleurs poly articulaires
- Douleurs au ventre et céphalées
- Troubles du sommeil (endormissement et maintien)

M. A. 87 ans

---

## Encadrement au domicile

- Passage CMS 2/j
- Suivi ergo
- Suivi physio 2x/semaine
- Suivi psychiatrique 1-2x/mois
- VAD 1-4x/mois, parfois plus



# Traitement habituel de M. A. 87 ans

---

## ***Traitement actuel***

Movicol scht 1-0-0

Nifédipine 20 mg en R

Sertraline 50 mg 1-0-0

Nozinan 25 mg 0-0-0-1

Torasemide 10 mg 1.5-0-0

Avodart 0.5 mg 1-0-0

Pantoprazole 20 mg 1-0-0

Clopidogrel 75 mg 1-0-0

Calcimagon D3 Forte 0-1-0

Paracétamol 1 g 1-1-1

## ***Traitements inefficaces ou non tolérés***

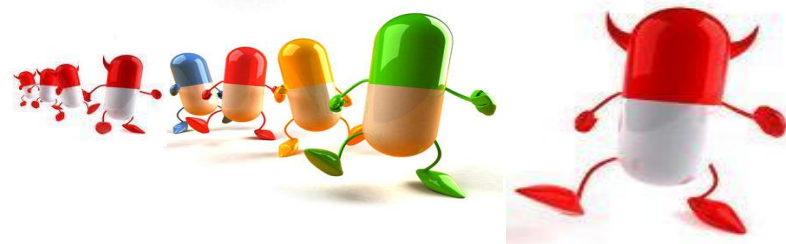
Mirtazapine

Trazodone

Quétiapine

Diverses benzodiazépines

Distraneurin



# Que faites-vous?

---

1. Demander une évaluation cognitive
2. Changement d'OSAD
3. Demander une évaluation psychogériatrique
4. Essayer de voir les filles de M. A.
5. Proposer une institutionnalisation



# Quels syndromes gériatriques possibles ?

---



1. Troubles de la marche et de l'équilibre
2. Syndrome démentiel
3. Dénutrition protéino-calorique
4. Incontinence urinaire d'urgence
5. Troubles de l'humeur
6. Autres?

*Plusieurs réponses possibles*

# Pratique de l'anxiété

---

CHUV 23 novembre 2023

Dag Söderström

Psychiatre-psychothérapeute FMH

Psychanalyste SSPsa

Vice chair ISPS

# Pratique de l'anxiété

---

- D'abord une pratique quotidienne du médecin et non une spécialité de psychiatre ou de psychologue
- Syndrome et signe (à palper), moteur pour la psychothérapie
- L'anxiété accompagne chaque maladie et chaque symptôme
- Cette anxiété "*primaire*", c'est l'angoisse de mort

# Pratique de l'anxiété

---

Argan,

le malade imaginaire de Molière est immergé dans l'angoisse de mort.

Dans sa relation avec les Médecins, il est crédule, méfiant et avide, tout en même temps, comme ceux qui savent que la mort vainc la médecine.

Le médecin doit répondre à l'angoisse de mort sous-jacente, sinon les traitements s'enchaînent comme chez Molière.

Solution de Molière : se rire de la mort; ironie : il meurt lui-même après une représentation

*Molière lui-même est entouré de morts quand il écrit le malade imaginaire en 1673, Il avait déjà perdu un fils, et sa première compagne meurt en 1672. Sous Louis XIV, on envoie les jeunes hommes à la guerre et on meurt d'infections. Rappelez vous à la fin, Argan désire avoir un beau-fils médecin tout près de lui et finalement être médecin lui-même pour mieux se rassurer de son angoisse.*

Le malade imaginaire, Molière (1673)

# Accueil

---

- Accueillir l'anxiété
- signal d'alarme (Freud) : gamme de symptômes
- Emotion : demande à être entendue, lue et contenue (hémorragie)
- débordement des mécanismes de défense habituels

*Sigmund Freud, Qu'il est nécessaire de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse, (1895)*

# Accueil

---

*Exemple issu de la formation continue (nov 23) :*

*86 ans, agitée dès 5h du matin à l'EMS, demandant à l'équipe toutes les 5 min, harcelant la famille au tél, anxiété non située dans le corps, entretiens inefficaces, sentiment d'impuissance générale, agitation dans l'EMS,..*

- Anxiété déborde son contenant, ne trouve ni son objet ni son pourquoi
- Anxiété ne trouve pas une partie du corps qui la contient comme dans le trouble psychosomatique

C'est l'Angoisse



# Accueil

---

*Jeu de rôle à trois médecin-malade-membre de l'équipe soignante*

*Consigne : inclure tous les acteurs, solution pour la fin des entretiens*

*Résultat :*

- Organiser, structurer la journée, les rendez-vous, moments de rencontre
- Trouver une médiation non verbale, p ex le toucher
- Trouver une manière de finir les entretiens
- Etre avec, marcher avec
  
- Reconstruire le tissu relationnel pour contenir l'angoisse diffusée partout

# Questions diagnostiques

---

- L'angoisse est comme le feu, se diffuse
- Dans le corps, chez le médecin, dans la famille, dans l'équipe
- Elle est désorganisante et fait agir
  
- Chez le médecin : il classifie les angoisses, médication
- Actions psychosomatiques : organiser la journée, donner une structure, rencontrer le corps (médiation corporelle), médiation pour faire parler les angoisses, méditation,...

# Questions diagnostiques

---

- Traumas : l'histoire revient car elle est toujours présente  
Abandon, abus, violence domestique, vécus de guerre, ..
- Clivage corps-esprit : présentation, mécanisme universel, issue ?
- Trauma : le syndrome du puits, j'y vais-j'y vais pas, je vais tomber dedans
  
- *Winnicott DW, l'esprit et ses rapports avec le psychésoma (1949)*
- *B Van der Kolk, le corps n'oublie rien , Albin Michel(2018)*

# L'anxiété dans le corps

---

- Hypochondrie, inquiétude pour sa santé :
  - comorbidité dépressive
  - le symptôme pour le tout
  - la présentation du self
  - hypochondrie négative
- Les ressources : moyens habituels pour gérer l'anxiété
- Retour au cas du Dr Vanotti :
  - angoisses de mort et d'impuissance désorganisant
  - réponses possibles et ressources

# Actions psychosomatiques

---

- Dire non à la iatrogénèse, arrêter la spirale médicale
- Installer un cadre de traitement : contexte, temporalité, durée, message
- La médiation : parole, dessin, jeu, chant
- Les techniques : hypnose, relaxation, méditation,...
- Etre avec, marcher avec

*Balint M, Le médecin son malade et la maladie, Payot (1996)*

# Actions psychosomatiques

---

Problèmes :

Inhibition de l'utilisation des leviers  
psychothérapeutiques

la chronicité/créativité

La fatigue compassionnelle

Le manque de collaboration avec les psy

# Soutien pour l'action psychosomatique

---

- Balint : groupes, livres, congrès participatifs
- Supervision individuelle Balint
- SoPSoC
- Connaitre et surmonter les résistances

*L Herzig, D Söderström : Supervision individuelle : une aide face aux patients difficiles*

*Primary care 2013;13:5,pp 86-87*

# Soutien pour l'action psychosomatique

---

Argan : mais enfin venons-en au fait. Que faire donc quand on est malade ?

Béralde (son frère) : Rien, mon frère

Argan : Rien ?

Béralde : Rien. Il ne faut que demeurer en repos. La nature, d'elle-même, quand nous la laissons faire, se tire doucement du désordre où elle est tombée.

C'est notre inquiétude, c'est notre impatience qui gâte tout, et presque tous les hommes meurent de leurs remèdes, et non pas de leur maladie.

*Position naturaliste de Molière dans le Malade imaginaire*

*Message : acceptation de l'impuissance devant la mort, message Balintien sur le frère-médecin : c'est la personne qui compte non les remèdes*



# conclusions

- L'anxiété est une hémorragie, et une défaite
- Comment l'accueillir sans agir, lui donner sa place et suivre son cours et éventuellement remonter à la source (psychothérapie )
- La transformer en discours sur la séparation, l'impuissance, le deuil, la peur de la mort, le désir (action psychothérapeutique)
- L'anxiété se met à parler à travers la relation au médecin, la peur trouve son objet (nommer, clarifier)



# Troubles de la personnalité chez la personne âgée

Formation continue  
Médecine de la personne âgée.  
23.11.2023.

Dr JP Schuster  
SUPAA. CHUV.  
MER. UNIL  
[jean-pierre.schuster@chuv.ch](mailto:jean-pierre.schuster@chuv.ch)



# La personnalité

*Persona*: masque de théâtre

Organisation dynamique des aspects intellectuels, affectifs, volitionnels, pulsionnels, de l'individu.

Modalités relationnelles de la personne, sa façon de percevoir le monde et de se penser dans son environnement.

Unité fonctionnelle intégrative : stable et unique

# Hippocrate 400 av JC

Type de personnalité	Fluide prédominant	Caaractéristique
Sanguin	Sang	Vif, émotif
Lymphatique	Lymph	Lent, froid
Bilieux	Bile jaune	Coléreux, amer
Mélancolique	Mélancolique	Sombre, pessimiste

# Kretschmer 1925

Type de personnalité	Physique	Personnalité
Pycnique	Petit, rond	Expansif, gai, spontané, réaliste
Leptosome	Grand, mince	Réservé, froid, rêveur
Athlétique	Large carrure et musclé	Impulsif, coléreux
Dysplasique	Mal développé	Asthénique

# DSM 5

- Le DSM 5 propose deux modèles de diagnostic pour le trouble de la personnalité (section II et III).
- La section II, selon un modèle catégoriel propose 10 catégories de troubles de la personnalité, ayant une part commune de définition du trouble de la personnalité
- **Mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu,**
- **Envahissant et rigide, qui apparait dans l'adolescence ou au début de l'âge adulte,**
- **Stable dans le temps et qui est source de souffrance ou d'une altération du fonctionnement.**

- Perception et interprétation / cognitive
- Expression affective
- Fonctionnement interpersonnel
- Contrôle des impulsions
  
- Les 10 catégories, selon un modèle catégoriel descriptif, sont usuellement regroupé en trois groupes : groupe A (**paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques**) ; groupe B (**antisociales, borderlines, histrioniques et narcissiques**) ; groupe C (**évitantes, dépendantes ou obsessionnelles**).
  
- La section III propose un modèle alternatif. La validité de ce modèle hybride catégoriel et dimensionnel nécessite d'être évaluée.

Le trouble de la personnalité peut être qualifié de léger, modéré ou sévère.

Le CIM 11 indique des « domain traits » (6D11), dimensions correspondant à la structure sous-jacente de personnalité. La qualification et la quantification de ces domaines sur un modèle dimensionnel permettent d'indiquer quels sont les principales dimensions et d'aider à qualifier la sévérité du trouble.

	CIM-10	CIM-11	DSM-5
Personnalité paranoïaque	F60.0	6D10 Personality disorder	301.0
Personnalité schizoïde	F60.1	6D11 Prominent personality traits or patterns :	301.20
Personnalité dyssoziale (antisociale)	F60.2	.0 Negative affectivity	301.7
Personnalité émotionnellement labile (borderline)	F60.3x	.1 Detachment	301.83
Personnalité histrionique	F60.4	.2 Dissociality	301.50
Personnalité anankastique (obsessionnelle-compulsive)	F60.5	.3 Disinhibition	301.4
Personnalité anxieuse (évitante)	F60.6	.4 Anankastia	301.82
Personnalité dépendante	F60.7	.5 Borderline pattern	301.6
Personnalité narcissique	F60.8		301.81
Trouble schizotypique	F21		301.22
Trouble de la personnalité lié à l'utilisation de substances (modification de la personnalité due à une autre affection médicale)	F1x.71	6C4x.7 Other substance-induced disorders	Code CIM-10-MC
Trouble organique de la personnalité (modification de la personnalité due à une autre affection médicale)	F07.0	6E68 Secondary personality change	310.1



# Trouble de la personnalité chez la personne de plus de 65 ans

Prévalence estimée à 10% (entre 3 et 13%)

Plus précisément:

En population générale: 2.8-13%

Patients ambulatoires: 5-33%

Patients hospitalisés: 7-61%

Abrams RC, Horowitz SV: Personality disorders after age 50: a meta-analysis. *J Personal Disord* 1996; 10:271–281

Van Alphen SP, Engelen GJ, Kuin Y, et al: The relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in the DSM-V. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21:205–209

Amad A et al. Personality and personality disorders in the elderly. *Encephale* 2013; 39 : 374-382

# Prévalence des troubles de la personnalité à travers les âges.

NESARC. (au moins un TP dans 8%)

Troubles de la personnalité	25 – 34 ans (n=6881)	45 – 54 ans (n=6455)	65 ans et plus (n=8205)
Anti social	3.3	1.9	0.6 (n= 41)
Évitant	2.7	2.4	0.8 (n= 68)
Dépendant	0.5	0.4	0.3 (n=23)
Histrionique	1.3	0.9	0.6 (n= 51)
Obsessive compulsive	4.8	4.3	5.2 (n=392)
Paranoïde	4.9	3.5	1.8 (n=166)
Schizoïde	3.2	2.8	1.7 (n=149)

Grant BF, et al: J Clin Psychiatry 2004  
Schuster JP et al. Am J Ger Psychiatry 2012

# Hiatus. Hypothèses explicatives ?

Sampling biais: les patients âgés présentant un TP ne sont pas inclus: placement, hospitalisation, prison. Surmortalité précoce.

Effet cohorte: Les TP s'améliorent avec l'âge; biais de rappel (études rétrospectives) avec minimisation des troubles (stigmatisation); ou nouvelles sociétés plus pourvoyeuse de TP

Capacité concernant l'évaluation (éléments de vie, hétéroquestionnaire). Questionnement concernant la validité diagnostique.

# Stabilité temporelle ?

Stabilité temporelle des troubles de la personnalité n'est pas bonne...

TP borderline, antisocial, narcissique, histrionique : semblent s'améliorer dans le temps

Baisse des comportements agressifs et impulsifs

Durée vie plus courte

Shift vers des comportements dépressifs, somatiques, et passif-agressifs

Black DW et al. Compr Psy 1995

Van Alphen et al. Int J Geriatr Psy 2007

Debast I et al. Journal of Personality Assessment 2015

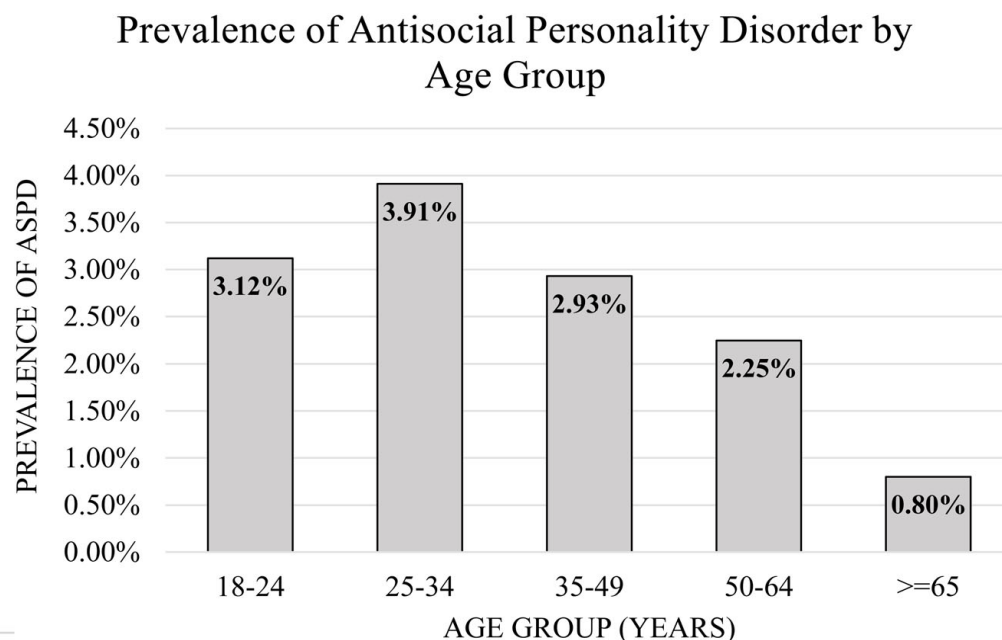
# TP Antisocial

La prévalence du TP Antisocial TP.AS augmente au début de l'âge adulte, avec un pic de 3,91 % chez les jeunes adultes et un déclin à 0,78 % chez les adultes âgés de 65 ans.

Holzer, K.J., Vaughn, M.G., Loux, T.M., Mancini, M.A., Fearn, N.E., Wallace, C.L., 2020. Prevalence and correlates of antisocial personality disorder in older adults. *Aging & Mental Health*.

Étant donné le chevauchement entre les critères du TP.AS et les comportements criminels, il n'est pas surprenant que la prévalence chez les détenus plus âgés soit plus élevée (8,3 %) par rapport à cet échantillon non institutionnalisé.

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545–550.



Les personnes âgées atteintes de TP AS sont plus susceptibles d'être diagnostiquées avec un trouble lié à l'utilisation de substances, une dépression majeure, une manie et un trouble anxieux généralisé, ainsi qu'avec chaque condition médicale.

**Table 3.** Substance use correlates of antisocial personality disorder among adults over the age of 50.

	Waves I & III (Total older adult $n = 31,765$ ; ASPD $n = 482$ )	
	Ages 50-64 (ASPD $n = 396$ ) AOR [95% CI]	Ages 65+ (ASPD $n = 86$ ) AOR [95% CI]
Substance Use Disorder		
Alcohol	3.65 [2.84-4.68]***	3.30 [2.03-5.36]***
Marijuana	2.68 [2.04-3.51]***	3.27 [1.30-8.26]**
Cocaine	2.14 [1.54-2.95]***	13.86 [4.03-47.64]***
Heroin	2.93 [1.56-5.51]**	0.38 [0.03-5.37]
Nicotine	1.87 [1.49-2.35]***	2.87 [1.79-4.60]***

Note: Odds ratios adjusted for sociodemographic characteristics.

\*\*\* $p < 0.001$ .

\*\* $p < 0.01$ .

\* $p < 0.05$ .

Holzer, K.J., Vaughn, M.G., Loux, T.M., Mancini, M.A., Fearn, N.E., Wallace, C.L., 2020. Prevalence and correlates of antisocial personality disorder in older adults. *Aging & Mental Health*.

## Un vieillissement accéléré.

Langevin S, Caspi A, Barnes JC, Brennan G, Poulton R, Purdy SC, Ramrakha S, Tanksley PT, Thorne PR, Wilson G, Moffitt TE. Life-Course Persistent Antisocial Behavior and Accelerated Biological Aging in a Longitudinal Birth Cohort. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 3;19(21):14402.

# Critères des troubles de personnalité à travers les âges

Differential Item Functioning.

DIF a discrimination et DIF b threshold

Faible DIF a et importante DIF b : les items semblent mesurer la même variable latente mais le degré de pathologie pour valider l'item semble différent entre les sujets jeunes et les sujets âgés.

A même niveau psychopathologique: 29 % critères différents.

Biais de mesure:

Sous estimation évitant, dépendant

Et sur estimation obsessionnelle-compulsive et schizoïde.

Balsis S, Gleason ME, Woods CM, et al: [An item response theory analysis of DSM-IV personality disorder criteria across younger and older age groups](#). Psychol Aging 2007; Mar;22(1):171-85

Balsis S, Woods CM, Gleason ME et al: Overdiagnosis and underdiagnosis of personality disorders in older adults. Am J Geriatr Psychiatry. 2007 Sep;15(9):742-53

# Exemple 1: personnalité schizoïde

Présence d'au moins 4 traits suivants:

- Le sujet ne recherche, ni n'apprécie les relations sociales
- Il choisit presque toujours des activités solitaires
- Il présente peu ou pas d'intérêt pour le sexe
- Il n'éprouve du plaisir que dans de rares activités
- Il n'a pas de confident en dehors des parents du premier degré
- Il semble indifférent aux critiques autant qu'aux éloges d'autrui
- Il présente une froideur, un émoussement de l'affectivité



## Exemple 2: personnalité dépendante

Présence d'au moins 5 traits suivants:

- Sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive
- A besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines important de la vie
- A du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation \*
- A du mal à initier des projets ou à faire des choses seul
- Cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables \*
- Se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller
- Lorsqu'une relation se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer le soutien dont il a besoin \*
- Est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul

# Continuité hétérotypique

Continuité hétérotypique (Kagan 1969).

Structure des TP semble être continue avec l'âge. C'est son expression qui est différente.

Contexte spécifique, modification physiologique et sociale.

Limites du modèles catégoriels, stable et de la validité des items pensés pour des populations d'adultes jeunes.

Balsis Am J of Orthopsychiatry 2009  
Argonin J of G Psych 2000

Bien que le trouble ou la caractéristique sous-jacente soit toujours présent, les comportements manifestés peuvent être distincts à différents moments de leur vie. Les comportements uniques qui émergent de la même construction latente à différents âges, ce qu'on appelle "l'équivalence fonctionnelle", est la principale caractéristique de la continuité hétérotypique.

Mroczek, D.K., Hurt, S.W. & Berman, W.H. (1999). Conceptual and methodological issues in the assessment of personality disorders in older adults. In E. Rosowsky, R.C Abrams & R.A. Zweig (Eds.). *Personality disorders in older adults* (pp. 135-150). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

# Evaluation

Complexe : interférence des multi morbidités

Source d'information :

Patient : histoire médicale, autobiographie, self description,

informant information : observation du comportement et questionnaire de personnalité structuré.

Questionnaire structuré.

Nombreux items

Pas de base normées (population très hétérogène)

## Evaluation « Age-spécifique »

Hetero-Anamnestic Personality questionnaire (HAP)

The Gerontological Personality Disorder Scale (GPS)

## Evaluation de la personnalité « age neutral »

Personality Assessment Inventory (PAI; Morey, 1991)

Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 2010),

Mooi et al. (2011) a développé le NEO-PI-R short form pour les sujets âgés

# Quelle qualité de vie ?

Short-Form 12	Physical disability scale	Mental disability scale
Avoidant (N = 68)	31.33 (12.28)	43.17 (12.90) **
Dependent (N = 23)	NA	27.00 (14.67) *
Obsessive-Compulsive (N = 392)	37.13 (15.09) **	49.06 (10.58) **
Paranoid (N = 166)	32.78 (12.60) **	45.33 (14.00) **
Schizoid (N = 149)	39.31 (13.21)	44.43 (12.55) **
Histrionic (N = 51)	31.29 (11.74) *	42.88 (15.97)
Antisocial (N = 41)	43.33 (15.82)	56.33 (11.24)

# Trouble de la personnalité et santé physique

Patients avec trouble de la personnalité présente plus fréquemment plainte physique, utilisation des soins et consommation de médicaments.

A.D. Powers, T.F. Oltmanns. J Pers Disord, 26 (2012)

En particulier :

Narcissiques et antisociaux, plus grande utilisation des ressources médicales

Lors de problèmes physiques. Dépendants et histrioniques.

A. Powers, M.J. Strube, T.F. Oltmanns Am J Geriatr Psychiatry, 22 (2014)

# Co morbidité avec les troubles psychiatriques

L'existence de co morbidité vie entière est la règle.

80% des évitant, et psychopathes présentent un trouble axe 1.

En outre, parmi les patients présentant un trouble de l'axe 1, ceux souffrant d'un épisode dépressif majeur sont les plus susceptibles d'avoir un trouble de la personnalité associé.

Schuster JP, Hoertel N, Le Strat Y, et al. Personality disorders in older adults: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Am J Geriatr Psychiatry, 2012

Kunik ME, Mulsant BH, Rifai AH, et al. [Diagnostic rate of comorbid personality disorder in elderly psychiatric inpatients.](#) Am J Psychiatry, 1994, 4:603-5.

# Troubles de la personnalité et suicide

En examinant uniquement diagnostic primaire, sur 113 patients de 50 ans et plus hospitalisés pour tentative suicidaire, 8,8 % présentent un TP.

En considérant diagnostic secondaire, sur 69 patients de 65 ans et plus ayant fait tentative suicidaire. 26% présente un TP.

Nieto E, Vieta E, Lazaro L, Gasto C, Cirera E. Serious suicide attempts in the elderly. *Psychopathology* (1992) 25(4):183–8. doi:10.1159/000284770

Draper B. Suicidal behaviour in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* (1994) 9(8):655–61. doi:10.1002/gps.930090810

Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ, et al. Differences between younger and older adults in the structure of suicidal intent and its correlates. *Am J Geriatr Psychiatry* (2010) 18(9):839–47. doi:10.1097/JGP.0b013e3181d145b0



Heterogeneité des profils de personnalité en lien avec ideation suicidaire ou comportement.

Ideation suicidaire:

narcissique et borderline ++

histrionique –

Deces par suicide.

Obsessionnel

Probable facteurs confondant dont depression

Szücs A, Szanto K, Wright AG, Dombrovski AY, 2020 Personality of late-and early-onset elderly suicide attempters. Int. J. Geriatr. Psychiatry 35, 384–395.

# Quand la personnalité change. Modification de la personnalité et maladie.

## Traits de personnalité ↔ santé

(Jokela, Hakulinen, Singh-Manoux, & Kivimaki 2014; Stephan, Sutin, Luchetti, & Terracciano, 2016; Sutin, Zonderman, Ferrucci, & Terracciano, 2013).

Maladie chronique : déclin accéléré de l'extraversion, de l'ouverture et de l'agréabilité et augmentation du névrosisme.

(Jokela et al., 2014; Stephan et al., 2016; Sutin et al., 2013).

Boussac M, Arbus C, Dupouy J, Harroch E, Rousseau V, Croiset A, et al. (2021)  
Personality dimensions of patients can change during the course of Parkinson's disease.  
PLoS ONE 16(1): e0245142.

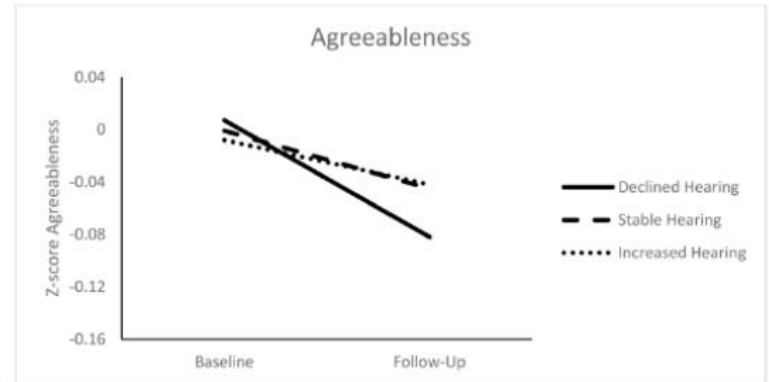
# Modification de la personnalité et trouble sensoriel.

Health and Retirement Study (HRS),

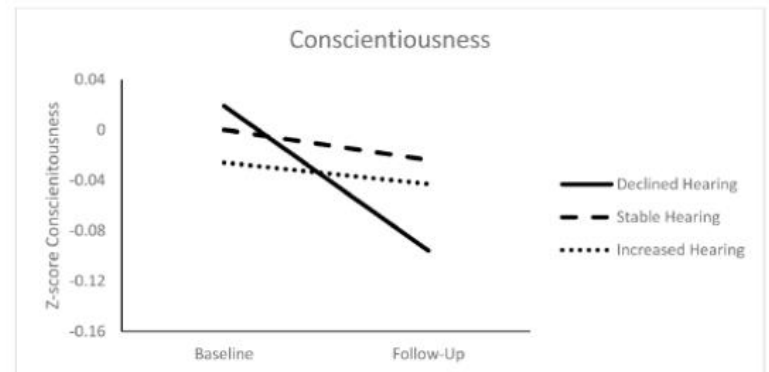
Suivi prospectif sur 4 années

Une mauvaise vision et une mauvaise audition au départ, ainsi qu'une baisse de la vision et de l'audition au fil du temps, étaient indépendamment liées à une baisse plus marquée de l'extraversion, de l'agréabilité, de l'ouverture et de la conscience, et à une baisse moins importante du neuroticisme.

D.



E.



**Figure 2.** Changes in Neuroticism (Panel A), Extraversion (Panel B) Openness to Experience (Panel C), Agreeableness (Panel D), and Conscientiousness (Panel E) for Declined, Stable and Increased Hearing Groups

Note. Z-scores adjusted for sex, age, age squared, educational level, and race

# Personnalité et démences

Selon le DSM-IV-TR, l'apparition d'une modification de la personnalité à un âge adulte doit en premier lieu faire évoquer et rechercher une modification de la personnalité due à une affection générale ou un trouble lié à l'utilisation d'une substance.

A un âge plus avancé, une modification durable et profonde de la personnalité doit faire envisager le début d'un processus neuro-dégénératif. Les modifications inauguraux les plus fréquentes consistent en un tempérament moins ouvert, moins spontané, plus hostile, plus grossier et plus passif.

**Dans le cadre des démences fronto-temporales, les modifications de la personnalité sont particulièrement fréquentes et se manifestent principalement par une désinhibition avec parfois des comportements de type psychopathique (comportements violents, vols à l'étalage...).**

Mendez MF, Chen AK, Shapira JS, Miller BL. Acquired sociopathy and frontotemporal dementia. Dement Geriatr Cogn Disord, 2005, 2-3:99-104.

# Modification de personnalité chez les sujets déments ?

Traits spécifiques de personnalité chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer

Meta analyse. 10 articles inclus.

Groupe souffrant de MA. N = 603. âge [66.6 – 81.3].

Haut névrosisme, ouverture et extraversion basses, chez patient MA, versus sujet non MA

D'Iorio A et al. Journal of Alzheimer Disease 2018

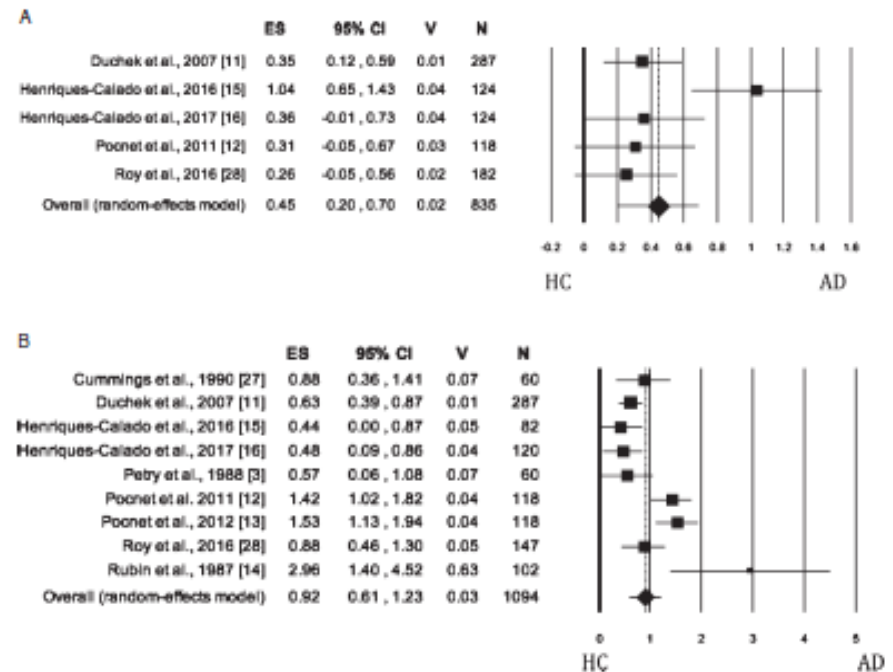


Fig. 2. Forest plot for Neuroticism evaluated by self-rated (A) measures and informant-rated (B) measures, displaying effect size (Hedges' g) calculated using a random effects model. ES, effect size; CI, confidence intervals; V, variance; N, total number of participants; AD, Alzheimer's disease; HC, healthy subjects.

Modification progressive de la personnalité avec troubles neurodegeneratifs. Exageration des traits (en particulier rigidité), apathy, egocentrisme, trouble regulation emotionnel.

Helmes E, Norton MC, Østbye T. Personality change in older adults with dementia: occurrence and association with severity of cognitive impairment. *Adv Aging Res* (2013) 2(1):27–36..

# Prise en charge. Psychothérapie

**Dialectical Behavior Therapy (DBT)**: conçu pour aider les gens à améliorer leur régulation émotionnelle et cognitive en apprenant à connaître les déclencheurs qui conduisent à des états réactifs et à des problèmes interpersonnels et en les aidant à évaluer de meilleurs styles d'adaptation.

**Schema Focused Therapy (SFT)**: une psychothérapie intégrative présentant des caractéristiques de la thérapie cognitivo-comportementale, de la théorie psychanalytique des relations d'objet, de la théorie de l'attachement et de la Gestalt-thérapie.

**Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)**: une thérapie cognitivo-comportementale basée sur un programme de traitement de groupe pour les patients souffrant d'un trouble de personnalité limite. Pour atteindre la stabilité émotionnelle et les patients apprennent les compétences de base de gestion des émotions et des comportements.

« Personality is not a series of biographical facts but something more general ... which from birth to death, is engaged in transformative functional operation »

Murray HA 1951.

Personality Disorders in Older Adults: Emerging Research Issues.  
Van Alphen et al. Curr Psychiatry Rep (2015).



# Cas 1

Vous voyez M. S., 70 ans depuis 9 ans. Le dernier rendez-vous date précisément d'il y a un mois, à cette occasion, vous avez réalisé qu'il demande à vous voir tous les 6 mois - précisément la première semaine de mai et la première semaine de novembre. De plus, le rendez-vous est systématiquement le premier rendez-vous de la journée.

M. S. est célibataire, sans enfants. Il dit qu'il n'a jamais envisagé d'avoir une famille parce que c'était incompatible avec ses normes de travail. Ingénieur à la retraite, fièrement fidèle à la même entreprise pendant toute sa carrière, il se sentait apprécié par sa hiérarchie pour sa précision et sa ponctualité. Cependant, il a dit un jour avec dédain que ses collègues semblent le considérer comme quelqu'un d'obstiné et d'inflexible.

Mr S. a un style de vie strict, il nage hebdomadairement - les mercredis à 8h15 du matin. Il fait aussi partie d'un groupe de marche. Il n'a pas d'antécédents médicaux notables, sauf une allergie saisonnière au pollen et un épisode dépressif aigu l'année de sa retraite. A ce jour, il n'a pas de traitement.

Lors du rendez-vous précédent, rien ne s'est présenté à l'examen clinique sauf une tension artérielle légèrement supérieure à la normale : 133 mmHG au lieu de 125 mmHG. Quand vous en avez parlé au patient, il l'a simplement écrit dans son journal.

Lors du rendez-vous d'aujourd'hui, Monsieur S. s'inquiète de sa tension artérielle, il vous remet un papier faisant référence à sa tension artérielle mesurée quotidiennement à 8h30 et 18h30 depuis la dernière fois que vous vous êtes rencontrés.

Quel est le diagnostic le plus probable ?

# Cas 2

Un homme âgé de 65 ans consulte avec son épouse inquiète. Madame explique que depuis neuf mois, son mari a changé. Elle le décrit comme auparavant un homme discret, perfectionniste, voire têtu. Il a commencé par être plus négligé. Aujourd'hui, il passe de longues heures assis sur sa chaise, il a parfois des poussées de boulimie. Embarrassée, elle indique avoir verrouillé tous les placards contenant de l'alcool. Alors que son mari était très poli, il est devenu grossier. La semaine dernière, elle a trouvé son mari en train de couper tous les rideaux de la maison et lorsqu'elle s'est mise en colère et lui a demandé une explication, il a simplement répondu qu'il avait trouvé les ciseaux sur le buffet.

Pendant la description de son épouse, le patient est à côté d'elle, indifférent à ses paroles, il joue avec sa montre et vient d'avaler toutes les friandises initialement prévues pour les enfants.

Il ne présente pas d'antécédents particuliers, ne prend pas de traitement.

L'examen somatique est sans particularité. Le score au Mini Mental State Examination (MMSE) est à 19 (norme > 25).

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Pause ☺  
**Reprise du  
cours  
à 11h00**



# PSYCHIATRIE INTERVENTIONNELLE

Unité transversale du SUPAA, DP-CHUV

---

Pr Armin von Gunten  
Chef de service

Dre Marie-Thérèse Clerc  
Médecin associée

Dr Kevin Swierkosz-Lenart  
Médecin associé



Swiss Society of Interventional Psychiatry, **SGIP-SSPI**  
Schweizerische Gesellschaft für Interventionelle Psychiatrie, **SGIP**  
Société Suisse de Psychiatrie Interventionnelle, **SSPI**  
Società Svizzera di Psichiatria Interventistica, **SSPI**

## Curriculum Interventional Psychiatry



The SGIP-SSPI offers a curricular training in the field of interventional psychiatry.

The curriculum covers a broad spectrum aiming to cover the methodology of interventional electrical treatment methods used in psychiatry.

Visit our website for more information: [www.sgip-sspi.ch](http://www.sgip-sspi.ch)

Sekretariat SGIP-SSPI  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Murtenstrasse 21 | CH-3008 Bern  
T +41 31 632 88 11 | F +41 31 632 89 50  
E [sgip-sspi@outlook.com](mailto:sgip-sspi@outlook.com)

- **Formation pratique**
  - 12 mois en 3 ans dans une institution reconnue ISFM
- **ECT et TMS**
  - Répartition minimale
    - 30 indications
    - 300 traitements
- **Autre méthode**
  - Reconnaissance sur demande
- **Formation théorique**
  - 32 crédits SSPI (2 ans)
  - 16 crédits libres

1.1.2019

# PSYCHIATRIE INTERVENTIONNELLE

## Définition

Branche de la psychiatrie combinant les techniques de neurostimulation et de neuromodulation :

- Electroconvulsivothérapie (ECT)
- Stimulation magnétique répétitive transcrânienne (rTMS)
- Perfusions de kétamine ; eskétamine intranasale
- DBS
- tDCS
- autres



## Modern Electroconvulsive Therapy Vastly Improved yet Greatly Underused

Harold A. Sackeim, PhD

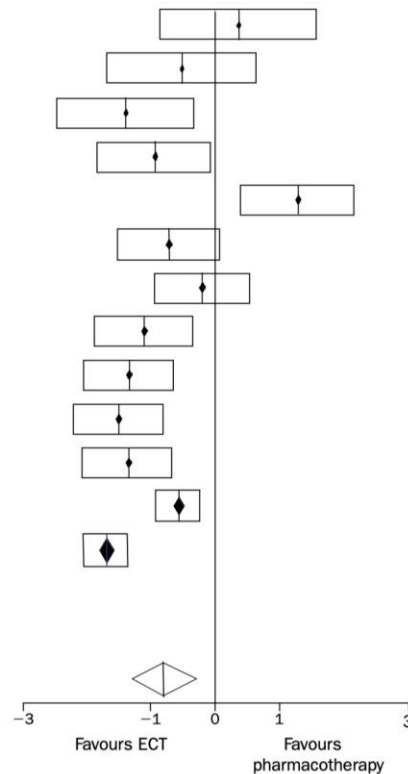
As Slade et al<sup>4</sup> note, there are likely a variety of factors that contribute to the low and uneven rate of ECT use. Perhaps the most important considerations are the stigma associated with receiving the treatment on the part of patients and in recommending or administering the treatment on the part of professionals. **Nonclinical economic, cultural, and political factors greatly affect the availability and use of this intervention. Were we able to overcome these barriers, it is likely that untold numbers of patients would experience better outcomes by receiving an intervention that is often life altering and, for some, lifesaving.**



## Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis

13 études de 1962 à 2000

Trial*	Number of participants	Standardised effect size (95% CI)
Steiner 1978 <sup>16</sup>	12	0.369 (-0.840 to 1.578)
Wilson 1963 <sup>10</sup>	12	-0.513 (-1.663 to 0.637)
Davidson 1978 <sup>17</sup>	19	-1.389 (-2.449 to -0.328)
McDonald 1966 <sup>18</sup>	22	-0.930 (-1.813 to -0.047)
Gangadhar 1982 <sup>19</sup>	32	1.287 (0.406 to 2.169)
MacSweeney 1975 <sup>20</sup>	27	-0.714 (-1.492 to 0.065)
Dinan 1989 <sup>21</sup>	30	-0.196 (-0.926 to 0.534)
Janakiramaiah 2000 <sup>22</sup>	30	-1.095 (-1.863 to -0.328)
Folkerts 1997 <sup>23</sup>	40	-1.336 (-2.032 to -0.640)
Herrington 1974 <sup>24</sup>	43	-1.497 (-2.174 to -0.821)
Stanley 1962 <sup>25</sup>	47	-1.342 (-2.047 to -0.638)
Medical Research Council 1965 <sup>26</sup>	204	-0.559 (-0.883 to -0.234)
Greenblatt 1964 <sup>27</sup>	242	-1.683 (-2.020 to -1.346)
Pooled fixed effects		-1.010 (-1.170 to -0.856)
Pooled random effects		-0.802 (-1.290 to -0.289)



### Discussion

Although many of the trials are old, and most were small, the randomised evidence consistently shows that, in the short-term (ie, at the end of a course of treatment), ECT is an effective treatment for adult patients with depressive disorders—as measured by symptom rating scales—and without substantial comorbidity. Despite the considerable heterogeneity in doses and methods of administration between trials, the evidence on the key comparisons of ECT with drug treatments and between different forms of ECT is also reasonably consistent. ECT is probably more effective than drug therapy. Bilateral ECT is moderately more effective than unilateral ECT, and high dose ECT is more effective than low dose.

# ECT

Indications	Contre-indications
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dépression</li><li>• Trouble bipolaire (manie/dépression)</li><li>• Schizophrénie résistante</li><li>• Trouble schizo-affectif</li><li>• Catatonie</li><li>• Troubles du comportement dans d'autres troubles mentaux tels que l'autisme</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Infarctus/AVC récent</li><li>• Masse intracrânienne</li><li>• Saignement actif</li><li>• Anévrisme, malformation vasculaire</li><li>• Phéochromocytome</li><li>• Décollement de rétine</li><li>• Dentition instable</li><li>• Insuffisance hépatique</li></ul>

*Etiquette patient*

## **Electroconvulsivothérapie (ECT)**

### ***Formulaire d'information et de consentement***

Mon médecin, le Dr ....., m'a recommandé un traitement par électroconvulsivothérapie (ECT). Les avantages et les inconvénients de ce traitement, y compris les risques encourus, m'ont été clairement expliqués. Ce document complète ces informations.

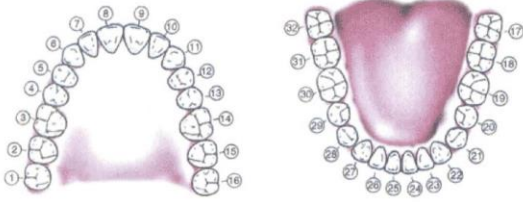
Qu'un autre traitement, comme les médicaments ou la psychothérapie soit plus approprié pour moi dépend de mon expérience passée avec ces traitements, des caractéristiques de ma maladie et d'autres paramètres. Les raisons du choix du traitement d'ECT m'ont été clairement expliquées.

# Consultation psychiatrique en préadmission

1. **Demandeur**
2. **Motif de recours** (diagnostic à l'origine de la demande)
3. **Antécédents / Comorbidités** (somatiques et psychiatriques)
4. **Traitement actuel** (somatique et psychiatrique)
5. **Éléments anamnestiques**
  - Préférences (ECT, TMS, kétamine) du demandeur + du patient
  - Critères de résistance : oui/non (spécifier)
  - Critères d'urgence : oui/non (spécifier)
6. **Évaluation psychiatrique**
  - Examen clinique
  - Psychométrie
7. **Évaluation cognitive (si indiqué)**
  - Examen clinique
  - Psychométrie
8. **Bilan somatique**
  - Poids, taille, BMI
  - Questionnaire de santé (si ECT ou kétamine)
  - Status neurologique si indiqué
  - Évaluer la nécessité d'examens complémentaires (ECG, labo, IRM, etc)
9. **Entretien d'information** (ECT, TMS ou kétamine)
10. **Signature des consentements** (général + spécifique)

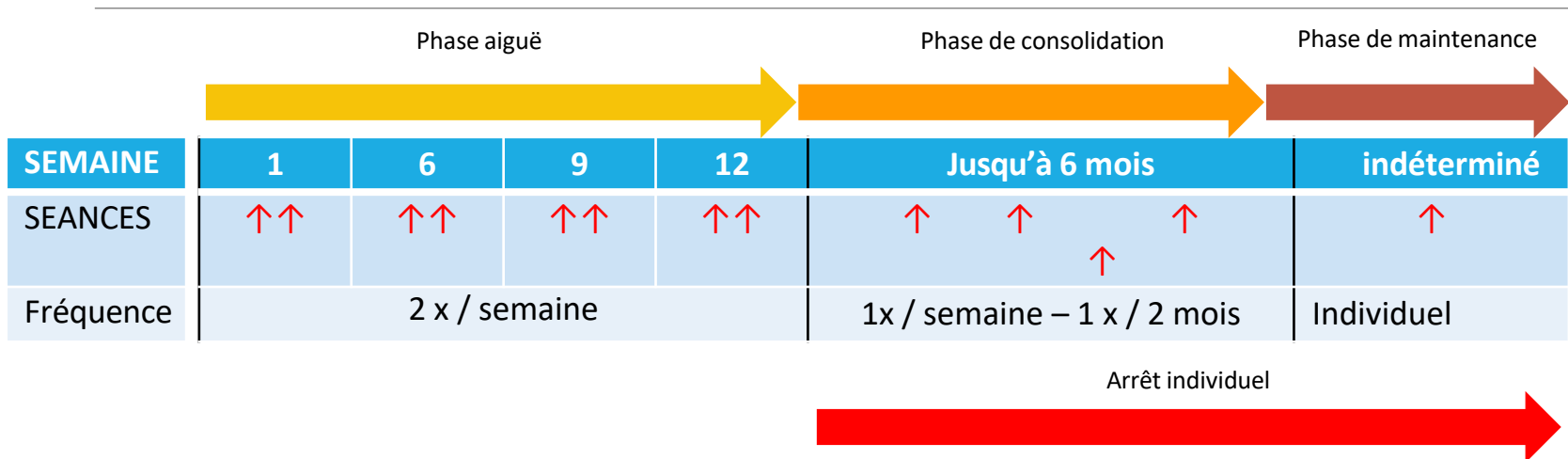
Consultation anesthésique pré-interventionnelle

Tous les candidats à l'ECT doivent faire l'objet d'une évaluation préopératoire complète par un anesthésiste. En plus des informations couramment recueillies lors de l'évaluation préopératoire, l'anesthésiste doit faire particulièrement attention aux points suivants :

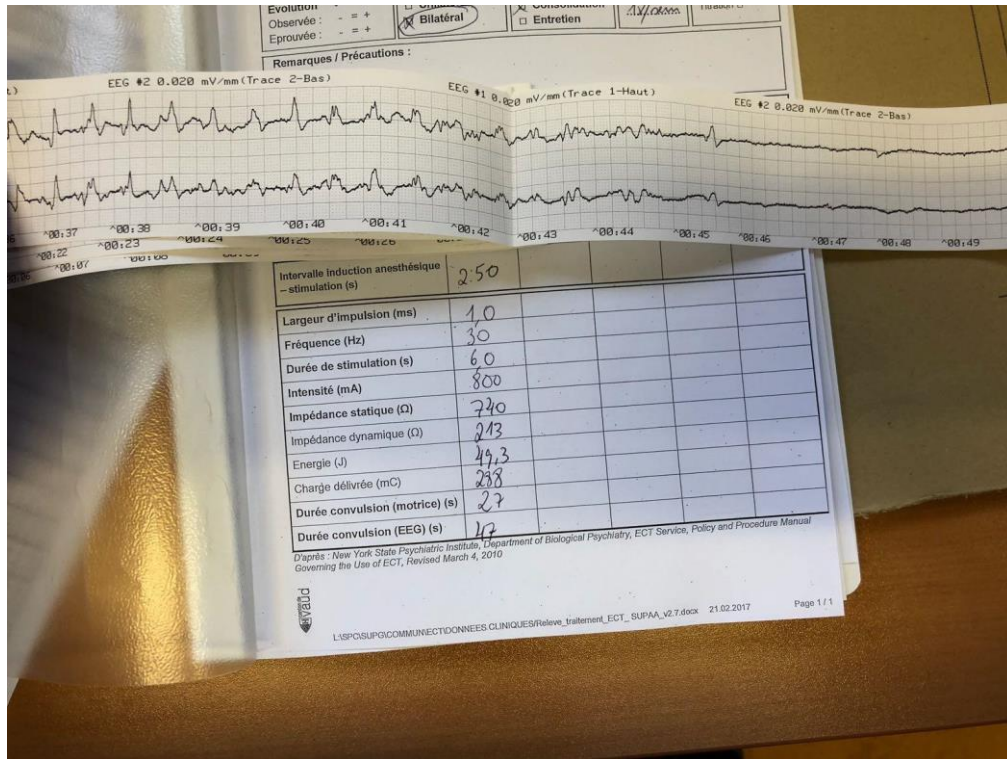
1	<b>Antécédents psychiatriques :</b> <input type="checkbox"/> Indication à l'ECT et antécédents d'ECT <input type="checkbox"/> Liste détaillée des psychotropes actuellement ou récemment prescrits <input type="checkbox"/> Drogues récréatives (alcool, autres) et stimulants (caféine, amphétamines)
2	<b>Antécédents neurologiques et examen physique :</b> <input type="checkbox"/> État neurologique de base (y compris le bilan neuropsychologique de base, si disponible) <input type="checkbox"/> Antécédent de convulsions et liste des antiépileptiques actuellement ou récemment prescrits <input type="checkbox"/> Bilan tomodensitométrique (CT) cérébral avant la première séance d'ECT <input type="checkbox"/> Bilan angiographique cérébral en cas d'antécédent <u>cérébrovasculaire</u> personnel ou familial
3	<b>Antécédents cardiaques et examen physique :</b> <input type="checkbox"/> Pression artérielle et fréquence cardiaque de base <input type="checkbox"/> Antécédent de phéochromocytome ou de pression artérielle incontrôlée <input type="checkbox"/> Signes cliniques ou radiologiques d'insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Anomalies électrocardiographiques <input type="checkbox"/> Anomalies biologiques de base : créatinine sérique, électrolytes, pro-BNP
4	<b>Antécédents respiratoires :</b> <input type="checkbox"/> Antécédent récent de « rhume » avec prise médicamenteuse (prescrite ou en vente libre) <input type="checkbox"/> Facteurs de risque de <u>bronchoaspiration</u> (reflux gastro-œsophagien, dysphagie) <input type="checkbox"/> Facteurs de risque et/ou diagnostic connu d'apnée du sommeil
5	<b>Évaluation des voies aériennes</b> <input type="checkbox"/> Évaluation dentaire complète 
6	<b>Liste des traitements et remèdes en cours</b> <input type="checkbox"/> <u>Traitements</u> prescrits, médicaments en vente libre, herbes médicinales, etc.
7	<b>Test de grossesse pour toute femme en âge de procréer</b> <input type="checkbox"/> Date du dernier TG :

Vérifications systématiques avant chaque séance d'ECT (Sign in pré-interventionnel)	
I	Le patient est-il à jeun ?
II	Le traitement chronique a-t-il changé avant la séance ? Le patient a-t-il consommé des drogues ou des stimulants ?
III	Y a-t-il eu des événements inhabituels avant la séance ? Le patient a-t-il eu des signes d'infection ? A-t-il consommé des médicaments ?
IV	Comment le patient a-t-il toléré les séances précédentes ?
V	Le patient a-t-il des allergies / des intolérances médicamenteuses ?

# Setting



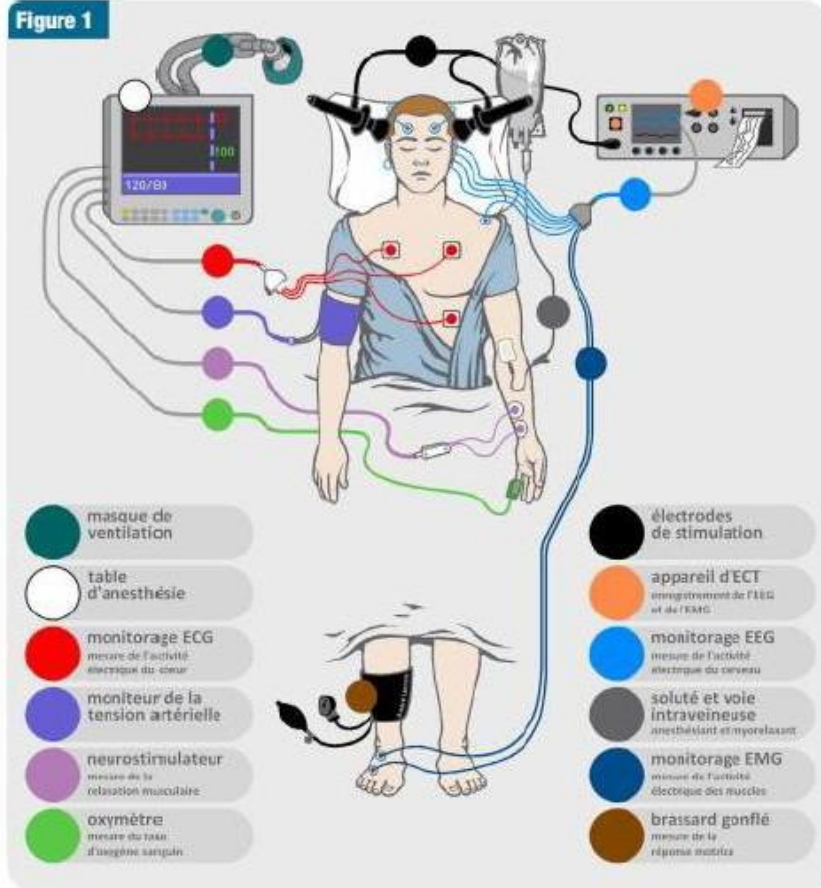
- Traitement hospitalier ou ambulatoire
- Séance : 15' + phase de réveil
- Monitoring : tension artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire, oxymétrie.



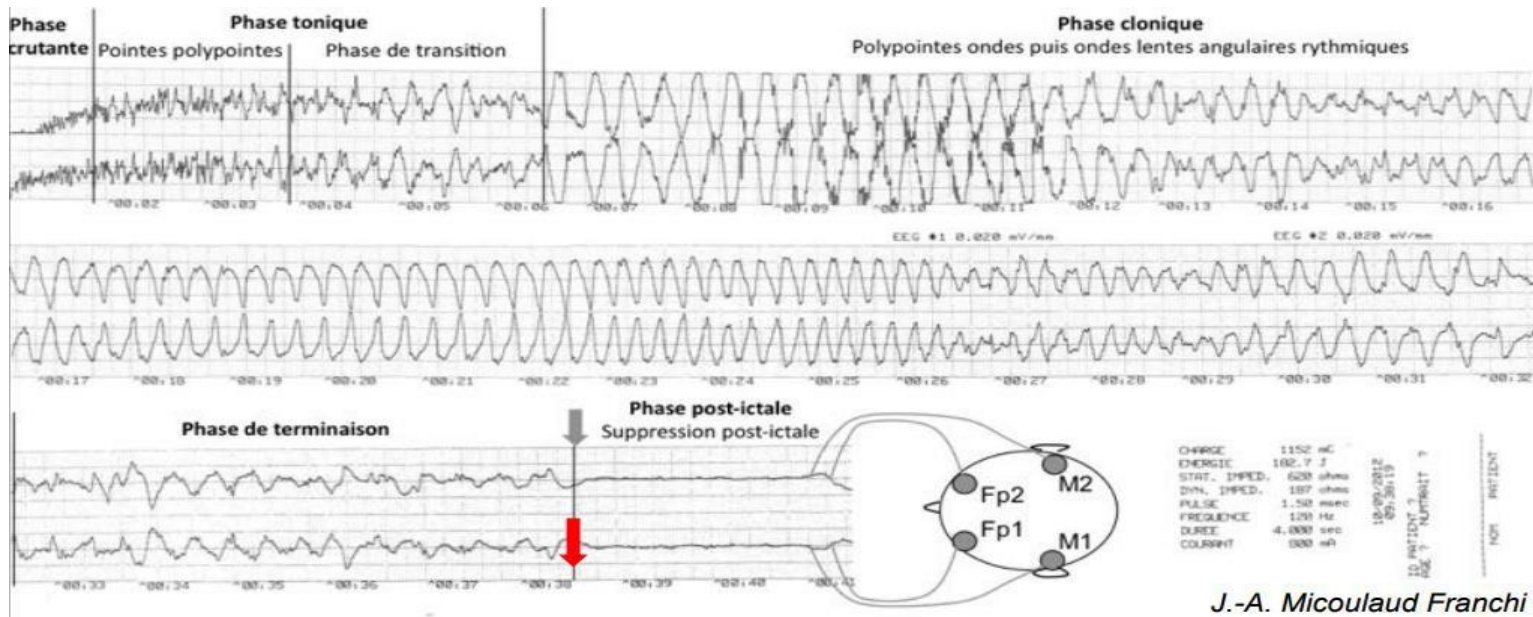
## Titration / paramétrage



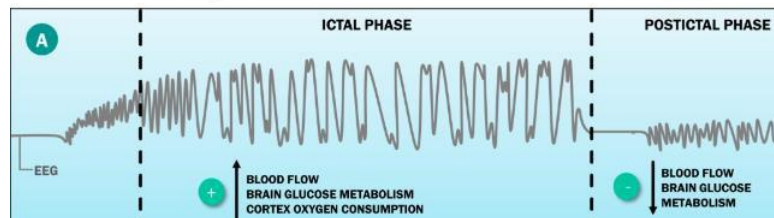
# ECT



# Crise convulsive



J.-A. Micoulaud Franchi



# Problèmes post-ECT fréquents

---

Céphalées (25-75%), à traiter par Paracétamol ou AINS

- Triptans aussi efficaces dans cette indication

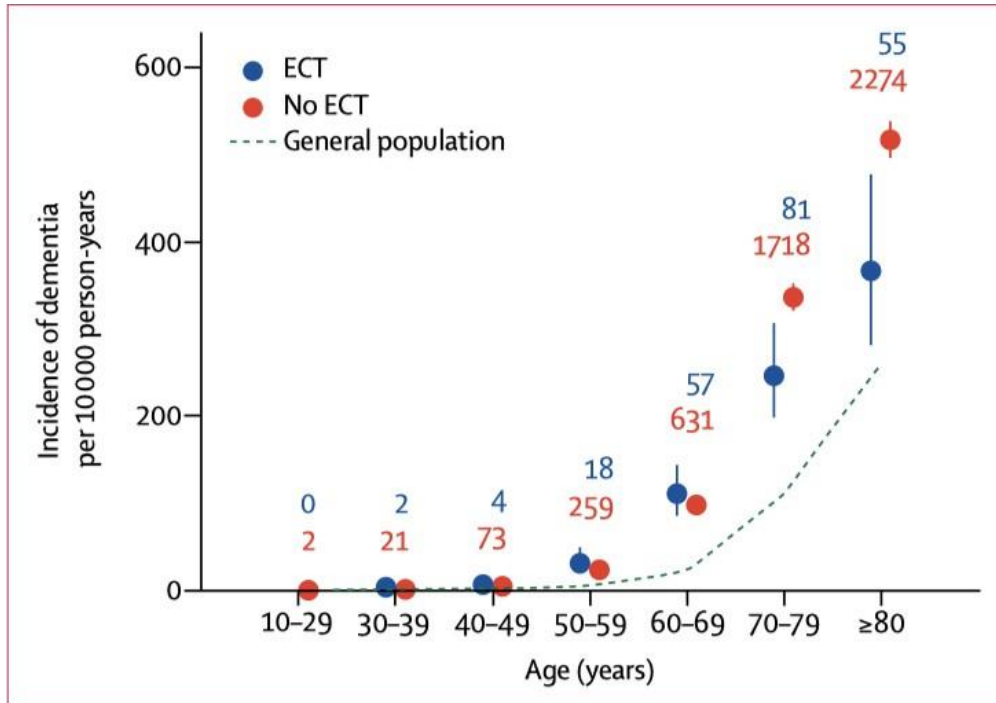
PONV (25-50%), à traiter par Ondansetron (attention syndrome sérotoninergique) ou DHPP (attention QT long)

Mirtazapine fonctionnerait pour les céphalées et les nausées

Delirium (10-20%)

- Complication fréquente en phase post-critique
- A traiter principalement par réafférentation
- Propofol ou Benzodiazépine en cas d'agitation importante
- Envisager diagnostic différentiel si important ou résistant (AVC hémorragique ou ischémique, état de mal)

## Electroconvulsive therapy and risk of dementia in patients with affective disorders: a cohort study



**Interpretation** ECT was not associated with risk of incidental dementia in patients with affective disorders after correcting for the potential effect of patient selection or competing mortality. The findings from this study support the continued use of ECT in patients with severe episodes of mood disorders, including those who are elderly.

## Traitement maintenance

Étude de cohorte au Danemark de 2005 à 2015  
168,015 consultations pour état dépressif  
5,901 (3.5%) pris en charge par ECT

HR(dementia) patients < 70 ans: 1.51 [0.67-3.46]  
HR(dementia) patients ≥ 70 ans: 0.68 [0.58-0.80]

Le taux de démence reste plus élevé parmi les patients dépressifs que dans la population générale

# ECT dans la prise en charge de SCP

---

## Clusters de syndromes

- affectifs
- **hyperactivité/agitation**
  - y compris vocalisation

## Mécanisme d'action spéculatif:

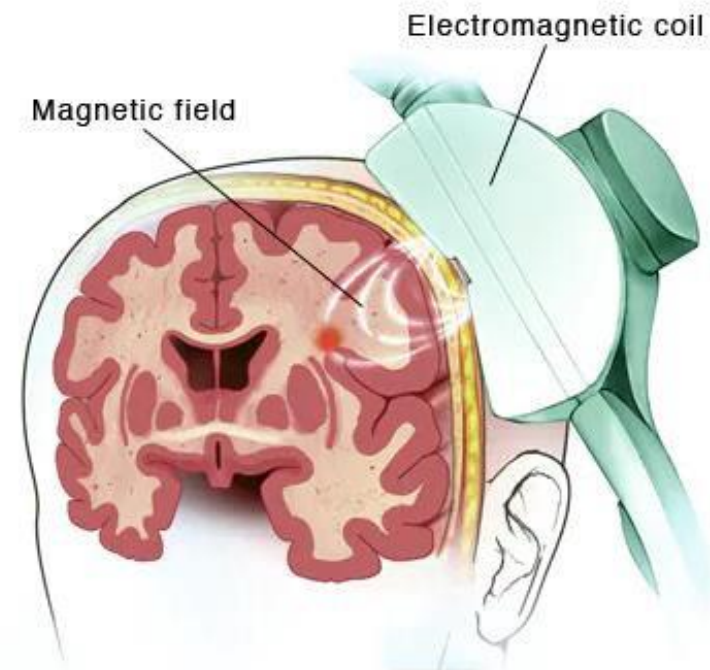
- ↑ concentration cérébrale de GABA?
- changements hémodynamiques (thalamus, cortex frontal médial et cingulaire antérieur?)
- ↓ métabolisme préfrontal et pariétal?
- ↑ BDNF?

# rTMS

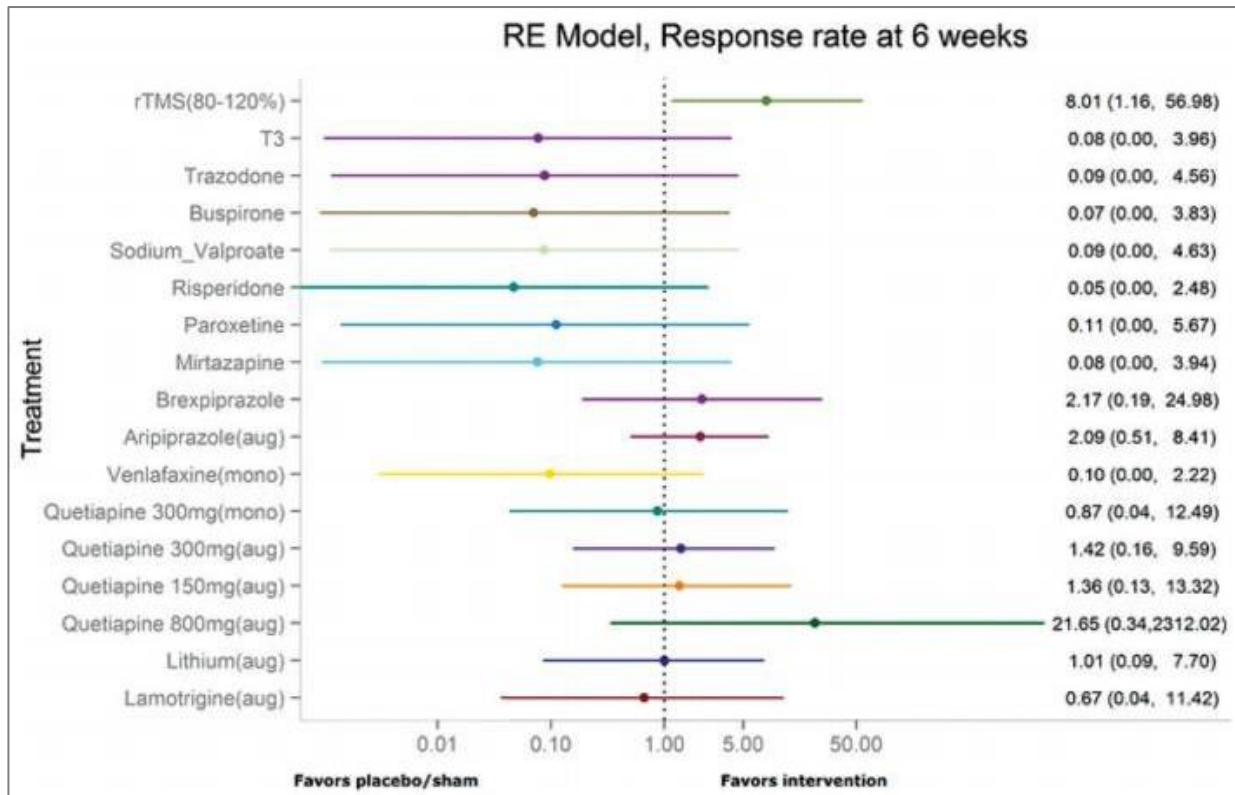
**Technique de neuromodulation** non invasive basée sur l'induction électromagnétique d'un champ électrique dans le cerveau.

Introduite par Anthony Barker et son équipe en 1985

Avec une magnitude et une densité suffisante pour dépolariiser les neurones, la stimulation répétée peut moduler l'excitabilité corticale, avec un effet inhibiteur ou excitateur durable, même après la stimulation



# Dépression résistante





Indications	Contre-indications	Effets indésirables
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dépression unipolaire</li><li>• TOC résistant</li><li>• Troubles anxieux</li><li>• Douleurs chroniques</li><li>• Fibromyalgie</li><li>• Dépendance à la cocaïne</li><li>• Acouphènes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clips ou bobines d'anévrisme</li><li>• Stents dans le cou ou le cerveau</li><li>• Stimulateurs cérébraux profonds</li><li>• Des électrodes pour surveiller l'activité cérébrale</li><li>• Implants métalliques dans les oreilles et les yeux</li><li>• Tatouages faciaux à l'encre métallique ou sensible au magnétisme</li></ul>	<p><b>RARES !</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Crise d'épilepsie</li><li>• Tr auditifs</li><li>• Douleurs locales persistantes</li><li>• Tr cognitifs</li><li>• Tr psychiatriques (virage maniaque, symp psychotiques)</li></ul>



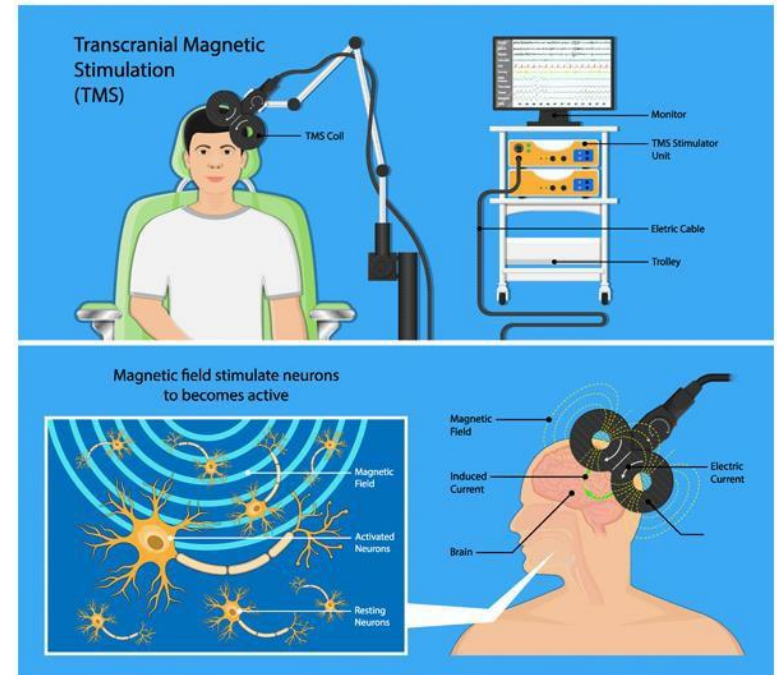


# Cibles

Indications	Cibles
• Dépression unipolaire	• DLPFC G (niveau A)
• TOC résistant	• DLPFC D (niveau C) Régions orbito-frontales
• Troubles anxieux	• DLPFC D
• Douleurs chroniques	• M1 controlatérale (niveau A)
• Fibromyalgie	• M1 G (niveau B)
• Dépendance à la cocaïne	• DLPFC G
• Acouphènes	• Cortex auditif controlatéral (niveau C)

## Procédure

- La rTMS **ne nécessite pas d'anesthésie.**
- Le/a patient/e est **installé/e de manière confortable** dans un fauteuil
- Le/la soignant/e positionne la bobine, et **reste avec lui/elle tout au long du traitement**
- La durée de la séance est variable en fonction du protocole choisi, et peut aller de **1-3 minutes** pour la stimulation dite « **theta-burst** » à **20-45 minutes** pour une stimulation conventionnelle

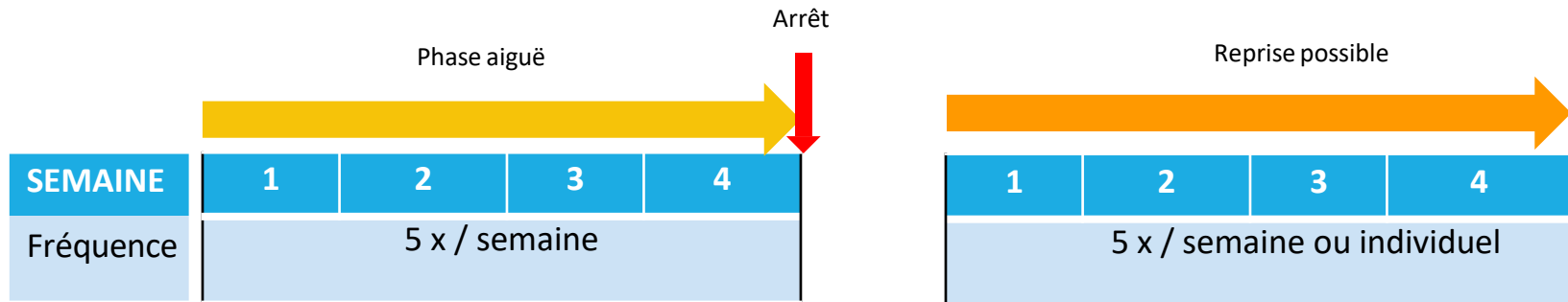


# rTMS avec neuronavigation



- Possible avec ou sans IRM
- Permet une grande précision dans la stimulation
- Fonctionnement avec les coordonnées MNI

# Setting

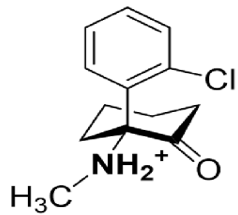


- Traitement hospitalier ou ambulatoire
- Setting recherche pour SCPD affectifs plus court
- Séance : 30' selon protocole
- Monitoring : clinique

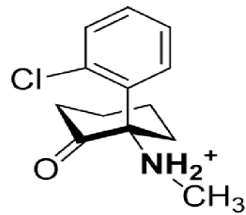
# Généralités

## KETAMINE

- Dérivée de la phencyclidine (PCP)
- Utilisée en iv comme agent anesthésique depuis 1970 et antidépresseur depuis 2000
- Mélange racémique de deux énantiomères



S-ketamine



R-ketamine

## ESKETAMINE

### S-kétamine

- Autorisée dans le traitement des dépressions résistantes
- Spray nasal
- Très cher!
- Moins efficace que le mélange racémique (*BahjiA et al. 2021*)



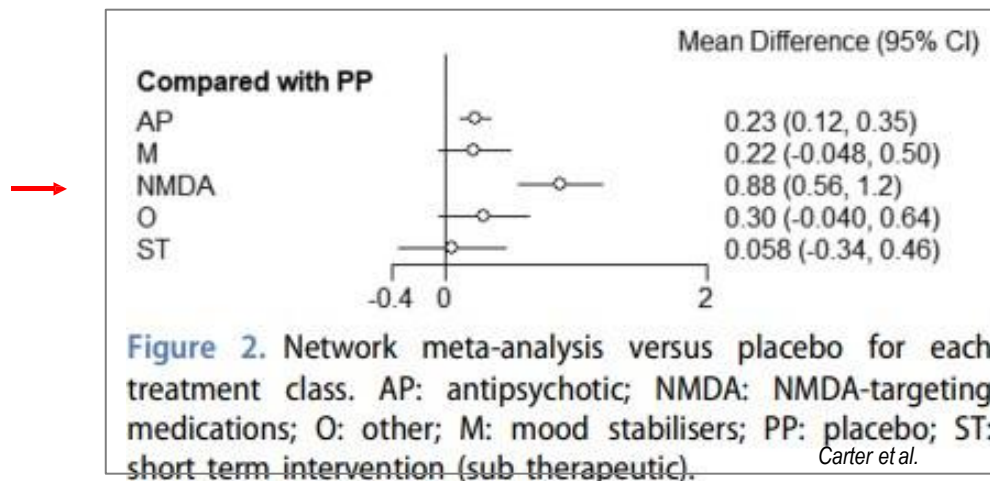
# Pharmacologie

---

- Liposoluble, passe la barrière hémato-encéphalique
- Métabolisme hépatique (CYP 3A4, 2B6, 2C9), pas d'effet inducteur, ni inhibiteur
- Demi-vie 2-4h après administration
- Élimination dans la bile et l'urine
- Interactions : diminution de l'effet antidépresseur par les benzodiazépines et la lamotrigine, augmentation de l'effet sédatif par les benzodiazépines, opiacés, alcool.
- Effets indésirables les plus fréquents : symptômes dissociatifs (onirisme, illusions, pensées inhabituelles - transcendance, sentiment de connexion au monde, etc.), HTA, tachycardie, nausées, vertiges. Légers, transitoires, dose-dépendants.

# Indications

Indication principale : **DÉPRESSION RÉSISTANTE** unipolaire ou bipolaire



## Avantages de la kétamine

- Effet TRÈS rapide
- Excellente tolérance clinique
- Traitement peu invasif
- Mécanisme d'action différent des autres antidépresseurs
- Intégration aisée dans une prise en charge globale
- Possible à tout âge (de l'adolescent au sujet âgé)

## • Efficacité de la kétamine

- Effet antidépresseur dans les 2-4h qui suivent l'administration et dure jusqu'à 1 semaine (moy 3j)
- Taux de réponse après 1-6 administrations : 25-90%
- Taux de rémission à court terme (1 mois post-traitement) : 15-25%
- Taux de rémission à long terme : études en cours

## Contreindications

- Troubles psychotiques
- Cardio-vasculaires : insuffisance cardiaque, infarctus récent (<6 sem), HTA non contrôlée, anévrisme cérébral
- Neurologique : AVC ou TCC récent, HTIC
- Grossesse, pré-éclampsie, allaitement
- Glaucome
- Hyperthyroïdie
- Prudence si : conso OH ou médicaments sédatifs, maladie hépatique ou respiratoire, porphyrie, épilepsie



# Setting

	Phase d'induction				Phase d'entretien				Tapering
SEMAINE	1	2	3	4	5	6	7	8	≥ 9
SEANCES	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑	↑	↑	↑	↑
Fréquence	Deux fois par semaine				Une fois par semaine				Adaptée

- Traitement ambulatoire
- Séance : perfusion 40 min + observation 2h
- Monitoring : tension artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire, oxymétrie. Présence d'un/e infirmier/ère anesthésiste.

# Deep Brain Stimulation (DBS)

Procédure invasive consistant à implanter un ou plusieurs électrodes dans une région spécifique du cerveau utilisant des techniques stéréotaxiques guidées par neuroimagerie.

L'efficacité de la DBS dans la dépression réfractaire et les troubles obsessionnels compulsifs a été documentée, bien que l'état actuel des preuves pour le traitement de la dépression soit contesté par une \_\_\_ étude constatant la non-supériorité sur placebo de cette technique.

# Stimulation transcrânienne par courant direct (tDCS)

La tDCS fournit une stimulation électrique au cerveau via deux électrodes de surface fixées à des zones distinctes du cuir chevelu.

Plusieurs avantages sur les modalités alternatives de neuromodulation: **profil de sécurité-faisabilité favorable, placebo convaincant, portable et peu coûteux**

## Indications

- Amélioration des symptômes dépressifs avec efficacité controversée, car certaines études montrent que le tDCS n'est pas supérieur aux antidépresseurs
- Évidences préliminaires d'efficacité sur les hallucinations dans la schizophrénie résistante

## Autres techniques

- Psychédéliques ⑦ projet ~~pi~~
- iVNS (Stimulation du nerf vagal invasive)
- aVNS (Stimulation du nerf vagal auriculaire) ⑦ en préparation
- TPS (Transcranial pulse stimulation) ⑦ en étude
- Autres

# Conclusion

La psychiatrie interventionnelle offre plusieurs options thérapeutiques **sûres et efficaces** pour **plusieurs types de pathologies** psychiatriques en complément ou en alternative au traitement habituel avec un grand potentiel de développement futur.

# Infos pratiques

Les traitements sont ambulatoires et ont lieu sur le site de Cery.

**Pour toute demande, écrire à :** [psy.interventionnelle@chuv.ch](mailto:psy.interventionnelle@chuv.ch)

A disposition pour vos questions:

[marie-therese.clerc@chuv.ch](mailto:marie-therese.clerc@chuv.ch)

[kevin.swierkosz-lenart@chuv.ch](mailto:kevin.swierkosz-lenart@chuv.ch)

Merci pour votre attention !

---





Service universitaire  
de psychiatrie de l'âge avancé

## *DÉPRESSION DE LA PERSONNE ÂGÉE : PARTICULARITÉS CLINIQUES ET ÉVOLUTION*

Pr Pierre VANDEL  
CHUV - SUPAA



## UNE PATHOLOGIE SOUS DIAGNOSTIQUÉE

Perception de la dépression par le sujet âgé lui même (ENHMA,1996)

- 58%: Il est normal de déprimer avec l'âge
- 49%: Signe de faiblesse perçu comme un laisser-aller  
conséquence:
  - Dépression non exprimée spontanément
  - Médecins généralistes en première ligne
- 75% sujets jeunes déprimés VS 40% sujets âgés déprimés suivis par un psychiatre

**Point de vue médical rejoignant celui du patient :  
Dépression=conséquence du vieillissement.**



## Plan

- Quelques définitions et données épidémiologiques
- Quels facteurs de risque ?
- Une présentation atypique
- Evolution et prise en charge
- Messages clés

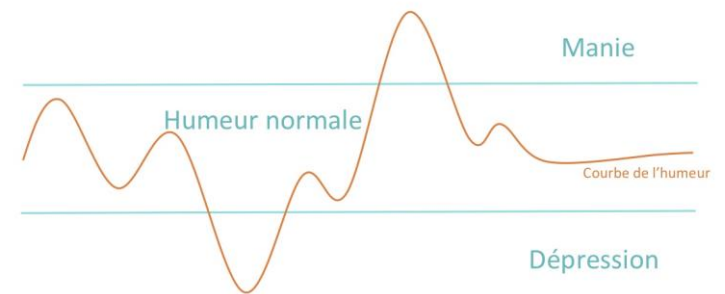
## QU'EST-CE QUE LA DEPRESSION ?

**Une perturbation (baisse – effondrement) de l'humeur.**

Episode dépressif caractérisé (EDC)

- Au moins 2 semaines
- Tous les jours
- Rupture avec l'état antérieur
  - Tristesse de l'humeur
  - Perte d'intérêt ou de plaisir
  - + perte d'appétit / troubles du sommeil / perte d'énergie / culpabilité ou dévalorisation / idées suicidaires / difficultés de concentration

- Récurrence, résistance et risque de chronicité
- Prévalence : 10 % vie entière
- Prise en charge globale : bio-psycho-sociale



[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours)

## DÉPRESSION DE LA PERSONNE ÂGÉE (PA) (> 65 ANS)

### ▪ Prévalence

- Dépression caractérisée : 8 et 16% des personnes de plus de 65 ans
- Multipliée par 2 > 70 ans
- En médecine générale: 15 à 30% des sujets âgés ont des symptômes dépressifs.
- Jusqu'à 40 % en EPHAD

### ▪ Sous diagnostiquée : 50% sont diagnostiqués

- 20% sont traités de façon adéquate

### ▪ Majoration de la mortalité

- Pathologies vasculaires-suicide

### ▪ FR indépendant d'évolution vers la déme

*Meeks J Affect Disord 2011;129:126*

*Kok, JAMA. 2017;317(20):2114-2122. doi:10.1001/jama.2017.5706*

*Haigh, Am J Geriatr Psychiatry 2018; 26:107-122*



## DÉPRESSION DE LA PERSONNE ÂGÉE (PA) (> 65 ANS)

### Des facteurs de risque / plurifactoriel

- **Vulnérabilité génétique** : ATCD personnels et familiaux X 2 à 4
- **Proche aidant** d'un sujet avec perte de capacité (risque x2)
- **Facteurs de risque** psychosociaux
  - Isolement social
  - Deuil
  - Perte de la capacité
  - Institutionnalisation
  - Difficultés financières

## DÉPRESSION DE LA PERSONNE ÂGÉE (PA) (> 65 ANS)

Des facteurs de risque / plurifactoriel

Différentes **pathologies**  
**induisant** des états dépressifs

- Infections virales,
- Maladies endocrines (Hypo et hyperthyroïdies, Maladies de Cushing...),
- Cancers (leucémies, lymphomes, cancers du pancréas...)
- IDM ....

**Médicaments** induisant la dépression

- Méthyldopamine,
- Benzodiazépines,
- $\beta$ -bloquants (propranolol...),
- Antiparkinsoniens,
- Œstrogènes...

Alexopoulos, Depression in the elderly, Lancet, 2005

## DES PARTICULARITÉS CLINIQUES

### Dépressions masquées

- Moins de larmes, plus de plaintes

- **Plaintes** douloureuses

- Céphalées, abdominales
- Ostéo-articulaire
- Douleurs diffuses
- Plaintes mnésiques



**dépression hypocondriaque**

- **Apathie** = déficit de motivation



**dépression conative**

- Comportements inhabituels



- **Irritabilité**



**dépression hostile**

## DES PARTICULARITÉS CLINIQUES

### ▪ **Anxiété +++**

- >> que chez l'adulte
- Peur (« de tout », « de sortir »)
- Symptômes fonctionnels (troubles de la marche, déglutition)

**dépression anxieuse**

### ▪ **Formes délirantes, sensibles...**

**élevé**

**dépression délirante**

Risque suicidaire

**URGENCE +++**

### ▪ **Troubles cognitifs déméntielle**

**dépression pseudo-**



## DES FORMES SPECIFIQUES

### La depression pseudo-démentielle

- Rappel : troubles cognitifs présents dans toutes les dépressions de la PA
  - Attentionnels
  - Fonctions exécutives
    - Mémoire de travail
    - Planification/organisation des tâches
- Notion de «test thérapeutique» à bannir
- **Attention** : 40 % d'évolution démentielle

	EDC	Démence débutante
Plaintes	++	indifférence
Fluctuations des troubles	++	0
Mémoire antérograde	++	++
Réactions	« Je ne sais pas »	Essaye de répondre mais font des erreurs
Début des troubles	précis	Peu précis

# EVOLUTION DE LA DPA

## Rechutes et récurrences

- Rechutes, récurrences : 75 à 80 %
  
- 20 à 50 % des dépressions du sujet âgé tendent à devenir **chroniques**
  - 1/3 ont une rémission
  - 1/3 ont au moins une récurrence
  - 1/3 ont des symptômes chroniques
  
- **Associé à :**
  - L'âge
  - Comorbidités somatiques
  - Sévérité de l'atteinte fonctionnelle
  - Sévérité de la dépression

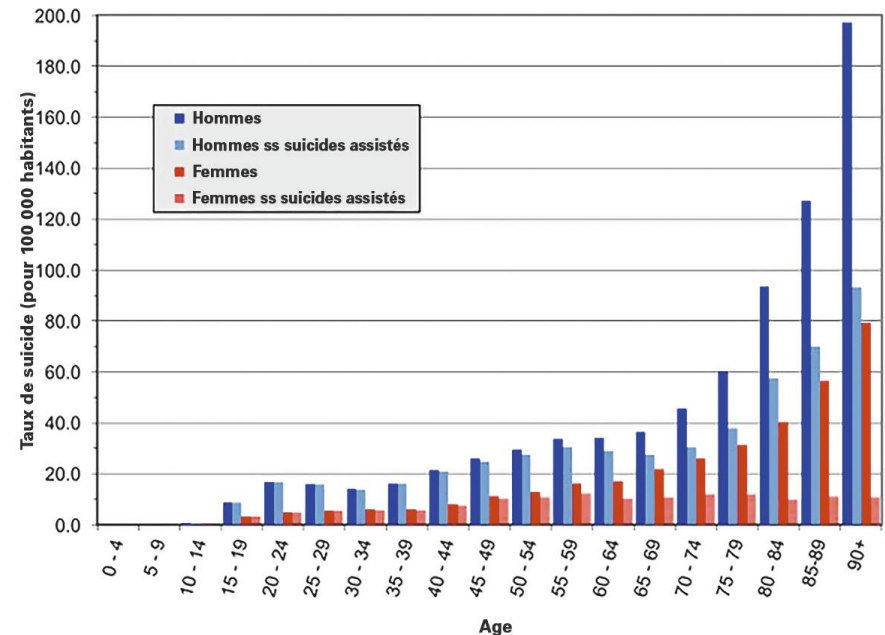
*Licht-Strunk E, Family Practice 2007; 24: 168–180  
Haigh, Am J Geriatr Psychiatry 2018; 26:107–122*

## EVOLUTION DE LA DPA

### Suicide

- Le taux de suicide augmente entre 65 et 75 ans **X2 chez la PA**
  - 31 pour 100 000
- **Le ratio TS/suicide** abouti est proche de 1
- **75% des S.A.** qui commettent un suicide ont consulté leur médecin dans le mois qui précède leur mort.

Idées suicidaires à rechercher  
systématiquement



Taux de suicide selon l'âge et le sexe, avec/sans (ss) suicide assisté; valeurs moyennes pour la période 2005–2014. Source des données de base: Statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique.

## PRISE EN CHARGE

- Explorations **para-cliniques**
  - Troubles mnésiques : **explorations cognitives, BNP**
  - Recherche d'une cause vasculaire : **IRM**
- Traitements **non-médicamenteux**
  - Corriger les **déficits sensoriels** ++ (vue/audition)
  - **Soutien psychosocial**
  - **Psychothérapies : TCC**, psychothérapie de soutien après l'analyse de la situation sociofamiliale et l'identification d'un éventuel facteur déclenchant

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo\\_anxiolytique\\_depression.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_anxiolytique_depression.pdf)

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_937773/fr/depression](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937773/fr/depression)

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_677086/fr/prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-age-psycho-sa-programme-pilote-2006-2013](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_677086/fr/prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-age-psycho-sa-programme-pilote-2006-2013)

## PRISE EN CHARGE

- Traitements médicamenteux = Débuter bas, augmenter progressivement, atteindre des posologies efficaces, Surveiller fréquemment
  - Les anxiolytiques, ce n'est pas automatique !
  - posologie d'attaque: **mi-dose**
  - **Surveiller l'observance +++**
  - Palier plus longs
  - Profil de tolérance **clinique et biologique**
  - Gare aux **interactions médicamenteuses**
  - Garder les mêmes objectifs de soins

Kok RM, Reynolds CF III, "[Management of Depression in Older Adults : a Review](#)", JAMA. 2017 May 23;317(20):2114-2122

## PRISE EN CHARGE

- En cas **d'EDC d'intensité sévère** :
  - **tt AD adapté** aux impératifs des maladies associées
    - en première ligne un **inhibiteur de la recapture de la sérotonine**
    - **taux de réponse 50 %**
  - **suffisamment longtemps**, à dose efficace et bien tolérée
    - 1 an après rémission
- Essayer de **restaurer le sommeil** sans utiliser de somnifères, et éviter les anxiolytiques en continu
  
- Le diagnostic et le traitement correct de la dépression ont un

Patel K, Abdool PS, Rajji TK, Mulsant BH *Pharmacotherapy of major depression in late life: what is the role of new agents?* Expert Opin Pharmacother. 2017 Apr;18(6):599-609.

effet préventif certain

## UNE PATHOLOGIE SOUS DIAGNOSTIQUÉE

Perception de la dépression par le sujet âgé lui même (ENHMA,1996)

- 58%: Il est normal de déprimer avec l'âge
- 49%: Signe de faiblesse perçu comme un laisser-aller  
conséquence:
  - Dépression non exprimée spontanément
  - Médecins généralistes en première ligne
- 75% sujets jeunes déprimés VS 40% sujets âgés déprimés suivis par un psychiatre

**Point de vue médical rejoignant celui du patient :  
Dépression=conséquence du vieillissement.**



## DEPRESSION DE LA PERSONNE AGÉE

### Messages clés

- **Fréquente, mal diagnostiquée:**
  - Banalisation de la tristesse/perte d'intérêt de la personne âgée, effet pathoplastique de l'âge +++
- **Spécificités cliniques**
  - Facteurs de risques ++
- **Intrications** avec la médecine physique
  - Pathologies à prendre en compte ou à éliminer
  - Iatrogénies
- **Explorations**
  - IRM encéphalique
  - Explorations cognitives **BNP +++**
- **Principes de prescription des psychotropes**
  - **Les anxiolytiques... ce n'est pas automatique !**



## Prochaine session



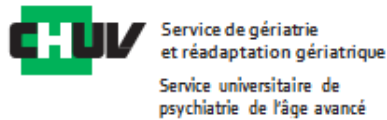
**Le jeudi 18 janvier 2024**

« Docteur, je rentre! »



Merci de bien  
vouloir compléter  
le **formulaire d'évaluation**  
qui vous parviendra  
par mail.

\*Temps requis :  
environ **2 minutes**



# MERCI de votre participation

Contact : [ger.fcempa@chuv.ch](mailto:ger.fcempa@chuv.ch)



Schwabe  
Pharma AG  
From Nature. For Health.



A. MENARINI  
Pharma