

# Quelques aspects de la psychiatrie du sujet âgé (2)

Docteur Philippe Jaulin  
Unité de psychogériatrie

# PLAN

- Historique
- Le vieillissement
- L'unité de psychogériatrie
- Les traitements médicamenteux
- Les psychothérapies

# Psychiatrie du sujet âgé: historique

- Commission Laroque 1962
- Secteur psychiatrique: 13e arrondissement
- École suisse francophone
- Création pédopsychiatrie 1972
- Vieillissement démographique et «défectologie»
- Société de psychogériatrie de langue française 1982
- Création d'unités et de services spécialisés

# La psychogériatrie (gérontopsychiatrie ou psychiatrie du sujet âgé)

- Entre la psychiatrie et la gériatrie:

Troubles psychiatriques dans un contexte gériatrique (troubles sensoriels, troubles cognitifs, mobilité, nutrition, contexte polypathologique et polymédicamenteux)

Médecine de synthèse: on ne peut distinguer le somatique du psychique et du social

Holistique: concomitance ou relation de cause à effet?

Palliative: accompagner plus que guérir

# Le vieillissement (1): définition

- Sociologique
- Ethnologique
- Psychologique
- Physique
- Politique
- Philosophique: « Pourquoi sommes-nous appeler à mourir plutôt qu'à vivre éternellement? », problème de l'interaction soma/psyché

# Le vieillissement (2): aspects sociologiques

- Perte des rôles sociaux
- Nouveau rapport au corps
- Nouveau rapport à la mort

# Le vieillissement (3): thématiques essentielles

- Le territoire (éthologie)
- La communication
- La question du gérer son angoisse

# Le soin psychogériatrique: L'unité de psychogériatrie (1)

- Consultations mémoire et à orientation psychogériatrique, consultations douleurs
- Hôpitaux de jour: 25 places
- Accueils temps partiel
- Groupes de soutien aux familles
- Équipe ambulatoire (liaison et évaluation à domicile)

# Unité de psychogériatrie (2)

- Partenaires:
- Secteurs psychiatriques
- Centre mémoire de recherche et de ressources
- Filières gériatriques (équipe mobile gériatrique)
- Autres intersecteurs psychogériatriques
- Urgences psychiatriques
- E.H.P.A.(D.)s
- Services de soins à domicile et milieu associatif
- Médecine générale

# Unité de psychogériatrie (3)

- Activités de soin
- Activités de liaison dans les unités gériatriques (évaluation thymique, troubles du comportement, syndrome hallucinatoire) et psychiatriques (interaction démence-dépression)
- Activités de réseau: prévenir les hospitalisations-placement ou «vous n'auriez pas un lit?»
- Activités d'information/formation
- Activités de recherche

# Hôpital de jour (1)

- Alternative à l'hospitalisation en amont et en aval (maintien à domicile)
- Lieu de soins spécifique

# Hôpital de jour (2)

- Buts généraux:
  - maintien autonomie
  - conserver acquis
  - pallier déficits
  - rééduquer ce qui peut l'être

# Hôpital de jour (3)

- Buts ciblés : (Médiations classiques, médiations spécifiques)
- suivi (plainte mnésique)
- bilan diagnostique
- traitement (troubles psychocomportementaux)
- réadaptation/réhabilitation, stimulation cognitive
- aide et soutien aux familles
- restauration lien social
- prévention situations à risque

# Hôpital de jour (4)

- Équipe pluridisciplinaire
- Deux groupes de patients pris sur des journées différentes
- Âge supérieur à 60 ans
- Réévaluations régulières des prises en soins: périodes d'essai, évaluation/bilan
- D.M.S.: 3 mois à deux ans (manque de structures d'aval)

# Les patients

- Psycho-affectifs et neurodégénératifs
- Un peu moins de la moitié en rapport direct ou indirect avec la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées
- 2/3 sans antécédents psychiatriques

# Le court séjour

- Troubles thymiques sévères
- Troubles de l'adaptation vieillissement (agir pathologique, suicidalité)
- Troubles psychocomportementaux complexes à symptomatologie psychiatrique dominante (dépressive, délirante, somatoforme) quelque soit le contexte sous-jacent
- Parfois hospitalisation sous contrainte
- Soins psychiatriques spécifiques: électroconvulsivothérapie (E.C.T.) et stimulation transcranienne (S.M.T.)

# Le soin psychogériatrique: la chimiothérapie

- Tranquillisants et hypnotiques
- Antidépresseurs
- Antipsychotiques et neuroleptiques
- Régulateurs thymiques et anticomitiaux
- Traitements promnésiants

# Les personnes âgées: les règles de prescription des psychotropes (1)

- Deux groupes de pathologies différentes qui s'intriquent:
- Démence/dégénératif :
  - Maladie d'Alzheimer
  - Démence à corps de Léwy
  - Dégénérescences lobaires fronto-temporales
- Dépression/thymie, manifestations délirantes tardives, troubles de personnalité

## Les personnes âgées: les règles de prescription des psychotropes (2)

- Les règles de prescription apparaissent différentes suivant les deux groupes de pathologies
- Les situations cliniques s'intriquent: dépression, troubles du sommeil, signes anxieux, troubles du comportement
- Les prescriptions apparaissent plus polyvalentes et moins ciblées que chez l'adulte

# Tranquillisants et hypnotiques (1)

- **Benzodiazépines et dérivés**
- Demi-vie longue, demi-vie courte
- Surdosage et sevrage (confusion)
- Plainte mnésique
- Chutes

# Tranquillisants et hypnotiques (2)

- Savoir anticiper arrêt
- Arrêt de traitement progressif avec mesures d'accompagnement:
- 4 à 6 semaines si doses faibles et dépendance moyenne, 8 à 12 semaines si posologie élevée et dépendance forte
- Réduction d'environ d'1/4 de la dose initiale par semaine ou toutes les deux semaines en commençant par prise journée
- Suivi régulier

# Tranquillisants et hypnotiques (3)

- **Hydroxyzine (ATARAX):**
  - faibles doses
  - effet anticholinergique
  
- **Méprobamate (EQUANIL):**
  - en cure courte
  - choc cardiogène

# Antidépresseurs (1)

- **Tricycliques:**
- Contre-indications et effets secondaires notamment anticholinergiques ou hypotenseurs (orthostatiques)
- **Inhibiteurs recapture sérotonine:**
- Hyponatrémie (avec diurétique)
- **Inhibiteurs mixtes:**
- Hypertension, hémorragies
- **Imao sélectifs:**
- Syndrome sérotoninergique
- **Autres:** miansérine (ATHYMIL), mirtazapine (NORSET), tianeptine (STABLON)

# Antidépresseurs (2)

- Comparaison franco/allemande
- Indications étendues à l'anxiété, à certaines manifestations psychotiques (délire), aux troubles du sommeil [miansérine (ATHYMIL), clonazépam (RIVOTRIL)] et aux douleurs neuropathiques [clonazépam, amitryptiline (LAROXYL)]

# Antidépresseurs (3)

- Durée de traitement: 3 à 6 mois minimum, en général maintenu 6 mois à 1 an après arrêt des derniers symptômes
- Essai d'arrêt prudent (souvent maintenu en prévention de rechutes) avec surveillance au moins un an
- Problèmes interactions compte tenu des polymédications [fluoxétine (PROZAC), sertraline (ZOLOFT), paroxétine (DEROXAT), venlafaxine (EFFEXOR)]

# Antipsychotiques (1)

(ou « neuroleptiques » de seconde génération)

- **Contexte maladies neurodégénératives**
- En aigu
- Faible dose
- En appoint antidépresseurs (I.R.S.)
- Durée de prescription limitée dans le temps (15 jours )

# Antipsychotiques (2)

- Contre-indications absolues dans la démence à corps de Léwy
- Réévaluer les prescriptions avec arrêt progressif et programmé
- Hallucinations et délires du parkinsonien: clozapine (LEPONEX)
- Toujours essayer traitement alternatif dans un premier temps y compris dans hallucinations
- Toujours associer approches non médicamenteuses
- Abstention thérapeutique si origine somatique (douleur) ou iatrogène (phénomènes hallucinatoires confusionnels)

# Antipsychotiques (3)

- **Contexte psychoses chroniques:**
- Maintenir traitement
- Délire: plutôt rispéridone (RISPERDAL)
- Expansivité thymique: plutôt olanzapine (ZYPREXA)
- Non recommandés dans le trouble panique, l'anxiété généralisée, la dépression majeure non psychotique, l'hypocondrie, les douleurs neuropathiques, les troubles du sommeil, l'irritabilité et l'hostilité

# Antipsychotiques (4)

- **Effets secondaires au long cours:**
- Syndrome parkinsonien (à forte dose)
- Sédation (faible)
- Diabète
- Obésité
- Hyperlipidémie
- Allongement espace QT: âge dépendant, sexe dépendant, dose-dépendant, plus important quand association, plus faible avec antipsychotiques, cas du sultopride (DOGMATIL)
- Surrisque vasculaire (maladies neurodégénératives)

# Neuroleptiques

- Utiliser préférentiellement les antipsychotiques (syndrome parkinsonien ou sédation trop marquée)
- On peut les utiliser sur une courte période en aigu en cas d'agitation ou d'agressivité dans les deux groupes de pathologies
- Passage systématique des neuroleptiques aux antipsychotiques en période d'accalmie ?

# Régulateurs thymiques et anticomitiaux

- **Anticomitiaux**: intéressant dans les troubles thymiques en curatif et en préventif, décevant dans les troubles neurodégénératifs
- **Lithium**: à maintenir à faibles doses, à éviter dans le trouble bipolaire d'apparition tardive
- Effet toxique sur le rein, la thyroïde, problème de conduction cardiaque
- Problème d'interactions: I.E.C., diurétiques thiazidiques, A.I.N.S., inhibiteurs calciques, théophylline
- Neurotoxicité, diminution de la lithiémie

# Les associations

- Ne pas associer 2 antidépresseurs
  - Fenêtre de 48h entre I.R.S. et inhibiteurs monoamine oxydase sélectifs (IMAO)
- Antipsychotique + antidépresseur dans la dépression psychotique (et aussi E.C.T.)
- Régulateur thymique + antipsychotique dans la manie psychotique

# Traitements promnésiants

- **Inhibiteurs de la cholinestérase:**
- Effets digestifs et cardiovasculaires
- **Glutamatergiques:**
- Adapter suivant fonction rénale
  
- Intérêt dans *le retard d'apparition* des troubles du comportement

# Le soin psychogériatrique: les psychothérapies (1)

- Effet psychothérapeutique et psychothérapie réglée
- Clinique, technique, formation et expérience
- Complément chimiothérapie
- Individuelle ou de groupe (familiales), psychanalytiques non psychanalytiques, corporelles non corporelles, brèves ou de longue durée

# Psychothérapies (2)

- Analytiques:
- Notions théoriques: Inconscient, transfert, imagos parentales, fantasmes, après-coup, névroses
- Plutôt d'inspiration analytique

# Psychothérapies (3)

- Cognitivo-comportementales:
- Analyse symptomatique
- 2 volets: cognitions et comportement, patient ou aidant
- Distorsion cognitive, circularité

# Psychothérapies (4)

- Systemiques:
- Système familial
- Homéostasie
- Typologie familiale: enchevêtrée ou désengagée

# Psychothérapies (5)

- Autres:
- Avec support théorique
- Sans support théorique: interpersonnelle, soutien

# Psychothérapies (6)

- Chez les patients déficitaires:
- Affect, cognition, comportement, physique, environnement
- Groupe, famille, individu
- Validation, orientation réalité, réminiscence
- Art-thérapie, musicothérapie, thérapie récréative
- Ergothérapie, psychomotricité

# CONCLUSION

- La psychogériatrie apparaît complémentaire de la pratique gériatrique par la fréquence et la variété des demandes qui lui sont faites tant au plan de l'expertise diagnostique que de la prise en charge thérapeutique

Retrouvez tous les cours sur  
notre site internet :

[www.oncopl.com](http://www.oncopl.com)

- ⇒ partie professionnelle
- ⇒ rubrique oncogériatrie

Contact UPCOG

Mme CLOAREC au 02 40 84 76 14