

# Frontières entre gériatrie et psychiatrie de la personne âgée

*Comment les définir pour mieux les appréhender et  
travailler ensemble ?*

Dr Guillaume DUCHER

Congrès SPLF 2017



# Conflits d'intérêt

- Aucun conflit d'intérêt



# Illustration à partir d'un cas ... frontière ...

- Mr E, 84 ans, hospitalisé pour « altération de l'état général »
- Vit en EHPAD depuis 2 mois avec son épouse atteinte d'une maladie de Parkinson évoluée, indépendant dans les AVQ (ADL 5,5/6, aide partielle pour la locomotion)
- multiples antécédents : cardiopathie ischémique pontée, rythmique (FA) et valvulaire (remplacement valvulaire aortique), maladie de Biermer, lymphome hodgkinien en rémission, myasthénie oculaire ...
- Polymédication : 13 molécules différentes recensées sur l'ordonnance
- Diagnostics d'entrée :
  - Edmonton Frail Scale à 9/17 (sévèrement fragile)
  - Dénutrition sévère avec perte de 2Kg en 1 mois, albuminémie 20,4 (à pondérer avec une CRP à 79)
  - Pneumopathie basale droite
  - Troubles cognitifs ?



# Illustration à partir d'un cas ... frontière ...

- Evolution au cours du séjour :

- Assez agité avec l'équipe soignante mais jamais agressif
- Refus de prises alimentaires
- Mutique
- Mais n'arrache pas sa voie veineuse, garde les lunettes à oxygène ...

} Troubles  
cognitifs ?

➔ Mauvaise évolution clinique et biologique, pneumopathies à répétition, installation d'une lymphopénie profonde, majoration de la dénutrition

➔ Se pose alors la question de soins de confort exclusifs ...



# Illustration à partir d'un cas ... frontière ...

- Lors du staff pluridisciplinaire soins palliatifs, contact auprès de son IDE référente de l'EHPAD :
  - MMS réalisé lors de l'entrée 2 mois auparavant : 30/30 !
  - Indépendant à l'EHPAD, gère seul ses actes de la vie quotidienne, autonome même dans la gestion de ses comptes bancaires
- Evaluation récente par l'Unité Mobile de Gériatrie extérieure devant l'apparition de troubles du comportement :
  - délire de persécution associé à des troubles de l'humeur (« anhédonie », « aboulie », « propos morbides avec une très forte anxiété ») : conclusion d'une **mélancolie dépressive**
  - Prescription d'antidépresseur préconisée non suivi par son médecin traitant, psychothérapie suggérée non réalisée



# Illustration à partir d'un cas ... frontière ...

- Reprise de l'interrogatoire en considérant Mr E comme présentant une mélancolie dépressive et non des troubles cognitifs :
  - « Voulez-vous mourir ? » : hochement de tête négatif
  - « Voulez-vous retrouver votre épouse » : hochement de tête positif
  - « Voulez-vous retourner à la maison de retraite ? » : pas de réponse
- Modifications thérapeutiques :
  - Mise en place d'une sonde nasogastrique pour reprise alimentation et de ses thérapeutiques habituelles
  - Introduction de SEROPRAM IV initialement puis per os
- **Au final** : après 3 semaines de traitement, reprise d'une communication, d'une autonomie à la marche, prise de 4 Kg, amélioration des paramètres inflammatoires



# Frontières vous avez dit ?

- **Particularités gériatriques :**

- Présentation atypique des pathologies
- Comorbidités nombreuses fréquentes, égarant le diagnostic mais à toujours considérer !
  - Dont les troubles du comportement associés aux troubles cognitifs
- Iatrogénie (polymédication, interactions médicamenteuses, effets secondaires) qui se mêle à un tableau clinique souvent riche

= le risque de méconnaître une pathologie (somatique ou psychiatrique) quelle qu'elle soit est grand, tant le tableau peut être égaré !





# Et les pathologies psychiatriques dans tout ça ?

- Après 55 ans, la dépression est relativement **fréquente**.
  - Une étude de 1999 l'évaluait à 14% de la population (dont 2% EDM) soit une prévalence 2 fois plus fréquente que chez l'adulte

Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. [Review of community prevalence of depression in later life](#). *Br J Psychiatry*. 1999;174:307-311.

- Les **facteurs de risque chez la personne âgée** sont identifiés :
  - sexe féminin,
  - maladie chronique,
  - déclin cognitif,
  - dégradation fonctionnelle,
  - manque d'interactions sociales,
  - traits de personnalité favorisants,
  - événements de vie stressants
- **et antécédents de dépression.**

Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. [Risk factors for anxiety and depression in the older: a review](#). *J Affect Disord*. 2008;106(1-2):23-44.  
Djernes JK. [Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review](#). *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(5):372-387.





# Et les pathologies psychiatriques dans tout ça ?

- **Diagnostic compliqué**

- A cause des « particularités gériatriques »
- Plainte exprimée est souvent un symptôme non spécifique plutôt qu'une humeur dépressive : fatigue, perte de poids, douleur, symptômes multiples ...
- Utilité +++ des échelles : GDS 30, GDS 15, mini GDS (4 items) ou "**Two-Question Screen**"

- **Peu de données et de recommandations sur la prise en charge thérapeutique des personnes âgées**

- Dernières recommandations américaines = 2010
- JAMA 2017 : **la dépression des personnes âgées est souvent sous-diagnostiquée, non traitée ou mal traitée** (doses trop faibles d'antidépresseurs et / ou durée de traitement trop courte)

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

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.



# On fait trop peu ... et pourtant !

- Les traitements pouvant être proposés sont variés, innovants et adaptés à une population gériatrique:
  - **Traitements non médicamenteux** : activité physique, psychothérapie (thérapie cognitivo-comportementales, musicothérapie), ...
  - **Traitements médicamenteux** : antidépresseurs, anxiolytiques, électroconvulsivothérapie
- Les perspectives de recherche et de développement sont importantes



# Qu'est-ce qu'on attend ?



Salle Snoezelen

Venez nous rencontrer lors du  
**Forum**  
« **BIEN VIVRE CHEZ SOI** »

- Des astuces pour adapter au mieux l'aménagement de son domicile,
- Des conseils autour des **tables rondes, ateliers interactifs et stands d'information** pour vous aider à mieux anticiper vos futurs aménagements.



Activité physique  
adaptée

# Les présentations atypiques sont un faux prétexte ... car trop bien connues en gériatrie

- Présentations atypiques de nombreuses pathologies infectieuses:
  - Apparition de chutes à répétition et diagnostic d'infection urinaire
  - Décompensation de BPCO à l'occasion d'un épisode d'érésypèle
- Implication de la fragilité nécessairement prise en compte par le gériatre :
  - Déclenchement d'une FA lors d'un épisode septique
  - Fracture majeure pour une simple chute de sa hauteur
  - Syndrome confusionnel déclenché par des troubles du transit
- Pathologies intriquées :
  - diabète cortico-induit par la corticothérapie nécessaire au traitement d'une PPR, syndrome confusionnel lié à la douleur de PPR, à la corticothérapie, à la déshydratation sur fuite hydrique rénale ...





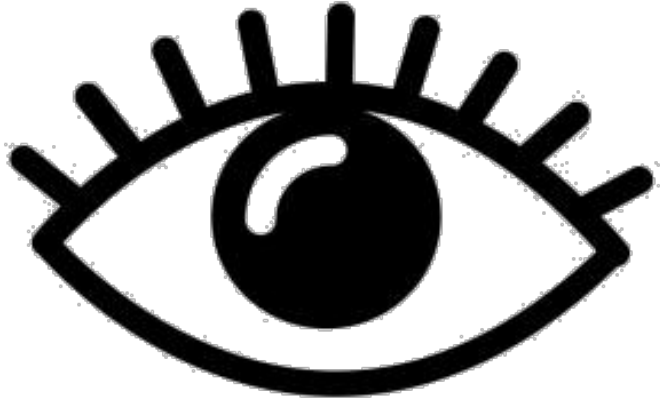
« On est tous à la recherche d'une frontière, une ligne claire entre le rêve et la réalité »

« Les frontières ne sont qu'une limite, les limites sont faites pour être dépassées et les frontières franchies »

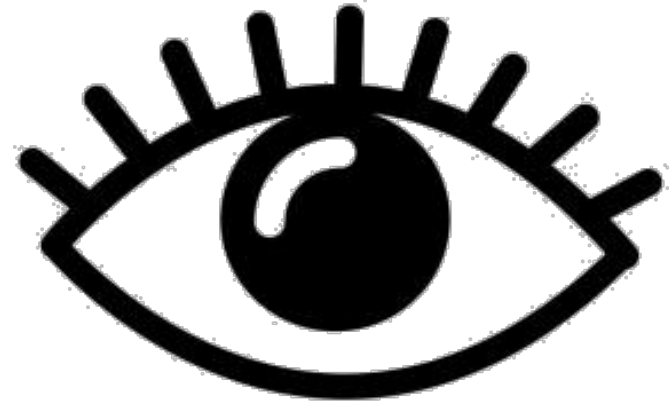


**Mur de Berlin**

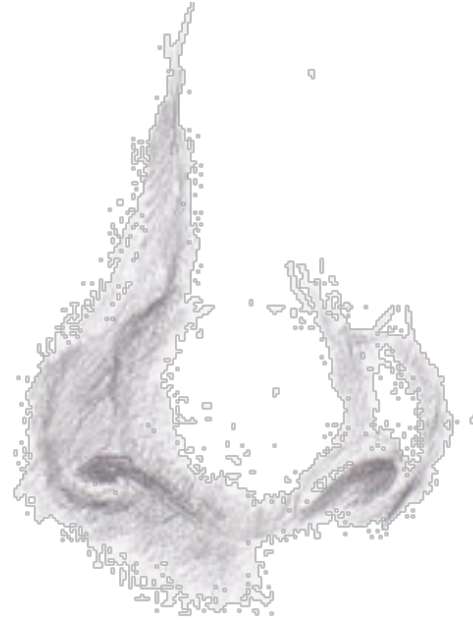




Œil du gériatre



Œil du psychiatre



Nez du gérontopsychiatre



# Conclusion

- Psychogériatrie à développer pour que dans le cadre des pathologies psychiatriques du sujet âgé les «frontières» soient franchies
- Importance de savoir distinguer les signes pour appréhender la pathologie sous jacente
- Nombreuses perspectives thérapeutiques (médicamenteuses et non médicamenteuses) et de recherche
- Quid du syndrome de glissement ?





# Merci de votre attention



CHOISISSEZ LA SPÉCIALITÉ D'AVENIR

#JeSuisGéiatre

