

La psychiatrie et la psychothérapie de la personne âgée : histoire, défis actuels et futurs - réflexions dans la perspective suisse

Dan Georgescu
Co-président de la SPPA



Armin von Gunten
Comité de la SPPA

**5e Congrès de la Société Francophone de
Psychogériatrie et de Psychiatrie de la
Personne Âgée - SF3PA
Montpellier - 6 et 7 juin 2024**



Bref récapitulatif historique de la PPA

Descriptif des structures de la SPPA

Formation approfondie SPPA

Réseaux SPPA

Structures tarifaires

Recommandations suisses

Standards de qualité

Bénéfices de la SPPA

Evolutions cliniques en PPA

Défis à l'avenir

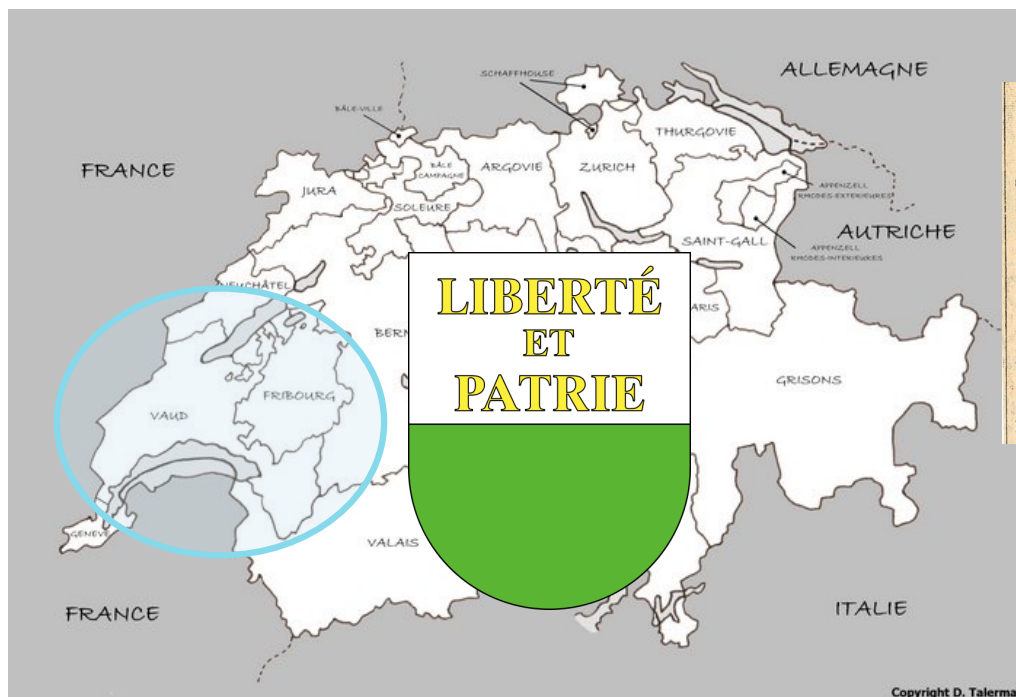
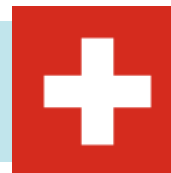


Histoire de la PPA

- * «**Die Alterspsychiatrie ist das dunkelste Kapitel der Psychiatrie.**»
(La PPA est le chapitre le plus sombre de la psychiatrie.)»
- ** «**Psychogeriatrics is a dead-end job for which no psychiatrist in his right mind applies.**»

* Emil Kraepelin (1856-1926); ** Cité dans Hilton C (2015) de l'article de White DMD (1979). *What's wrong with psychogeriatrics ?*

Le début de la PPA



En marge d'une prochaine inauguration TOUJOURS PLUS NOMBREUX SONT LES VIEILLARDS QUI SOUFFRENT DE TROUBLES MENTAUX

A l'occasion de la prochaine inauguration du nouvel hôpital gériatrique de Cery, la Société vaudoise d'hygiène mentale a convoqué samedi une conférence de presse, en vue de mieux faire connaître au grand public les problèmes posés à la société par des personnes âgées sans cesse plus nombreuses et que guettent souvent des troubles psychiques.

d'un lit dans un autre, dans un milieu étranger et souvent agité (on sait à quel point le personnel débordé, courant au plus pressé, est souvent désemparé). Les personnes âgées souffrent de confusion et de l'insomnie, d'angoisses pouvant aller jusqu'aux

1958

Histoire de la PPA

- **1963 - première clinique spécialisée en PPA, Lausanne** (JL Villa, à l'initiative de C Müller) → «**Modèle lausannois**» avec la séparation de la PPA de la psychiatrie générale des adultes
- **1969 - premier service ambulatoire de PPA, Lausanne**
- **1969 - premier manuel de PPA (C Müller et J Wertheimer)**
- 1972 - premier hôpital de jour de PPA, Lausanne
- **1979 - première institution spécialisée en PPA à Zurich** à l'initiative d'A Uchtenhagen et de N Jovic
- Années 1980 - de plus en plus de cantons développent des plans de soins PPA
- **1988 - premier manuel de PPA en Suisse alémanique** (N Jovic et A Uchtenhagen)
- **1989 - J Wertheimer devient le premier professeur de PPA, Lausanne**

Odyssée de 20 ans de la politique professionnelle

- **1986 Commission pour la PPA dans le cadre de la SSPP**
- 1988 Groupe de travail sur la vieillesse dans le cadre de la SSG (gériatres et psychiatres)
- **1991 Fondation de la SPPA (président : J Wertheimer)**
- 1994 Demande du titre de spécialiste en PPA auprès de la FMH
- 1996 Demande de la formation approfondie PPA selon la recommandation de la FMH
- 1997 Point fort rejeté par l'assemblée des délégués de la SSPP
- 2001 La SSPP demande un moratoire sur les points forts
- 2003 Formation approfondie adoptée par l'assemblée des délégués de la SSPP
- 2004 Formation approfondie refusée par la Commission pour la formation postgraduée et continue de la FMH (CFPC)
- **2005 Formation approfondie adoptée par la Chambre médicale suisse**
 - Forte résistance de la part des sociétés de neurologie et de gériatrie
- **2006 1er juillet Introduction de la «Formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée»**

Eva Krebs-Roubicek, présidente de la SPPA

PPA en Suisse

REVIEW ARTICLE

33

D'où venons-nous? Ou allons-nous?

Psychiatrie de la personne âgée en Suisse

Armin von Gunten^a, Dan Georgescu^b

^a Service Universitaire de Psychiatrie de l'Âge Avancé, CHUV, Prilly-Lausanne
^b Bereich Alters- und Neuropsychiatrie, Psychiatrische Dienste Aargau AG, Brugg, Schweiz

Summary

Population aging is creating soaring numbers of elderly individuals suffering from mental conditions. In Switzerland, the last half century has seen the emergence of geriatric psychiatry (GA) in association with this growth. This field is currently being developed primarily towards healthcare for all seniors and consultation-liaison services. As an interface-type medical field, focusing on all mental diseases affecting the elderly, GA must incorporate basic training in this field for a wide range of physicians and other caregivers. To this end, it was essential it became a recognized and identified branch of psychiatry. This recognition was formalized in 2006 with the creation of an extensive training scheme on psychiatry and psychotherapy for the elderly. GA represents a necessary branch of medicine in the continued struggle to reduce the Swiss Mental Health Gap and the double stigmatization of old age and mental illness. Great challenges await GA and our society at large in the fight against elderly mental disease, yet also in creating opportunities that undoubtedly exist when considering the inherent cultural richness of all elderly individuals, regardless of their health.

Key words: geriatric psychiatry, psychogeriatrics, history, Switzerland



Introduction

Le vieillissement est un phénomène naturel et presque ubiquitaire, mais beaucoup de connaissances à son sujet nous échappent encore. La longévité dans l'espèce humaine était probablement une adaptation qui a permis le développement culturel au cours de notre phylogenèse. Malgré nos connaissances insuffisantes sur les raisons et les mécanismes du vieillissement biologique, le vieillissement de la population est désormais une évidence et source d'inéquité dans notre société, plus rarement source d'espoir.

Épidémiologie

Le phénomène du vieillissement démographique est mondial. Il touche avant tout les pays à revenu modéré mais atteint les extrêmes en termes d'âge médian populationnel dans des pays riches comme la Suisse. Plus de 20% de la population suisse est aujourd'hui à l'âge de la retraite. La croissance relative de la population est particulièrement forte dans les segments d'âge

les plus élevés: chez les personnes de 80 ans et plus dans le canton de Vaud, l'augmentation entre 2000 et 2040 est estimée à 120% alors qu'elle ne sera que de 22% dans la population en dessous de 65 ans [1]. Au cours des derniers 50 ans, le nombre de nonagénéaires en Suisse a augmenté d'environ 25 fois et celui des centenaires d'environ 65 fois [2]. L'espérance de vie des femmes en 2050 sera de l'ordre de 90 ans. Presque 30% des habitants de l'UE aura plus de 65 ans contre 17,5% en 2011 [3]. La proportion («old-age dependency ratio») entre la population de 20 à 64 ans et celle de 65 ans et plus augmentera de 28,6% à 38,7% en 2050 [3] avec de plus en plus de personnes âgées vivant seules [4].

Regards différents sur le vieillissement

Définir le vieillissement uniquement chronologiquement est une réduction simpliste. En dehors de l'aspect chronologique, on peut regarder le vieillissement sous l'angle de la biologie, de la psychologie, de l'anthropologie, de l'histoire, voire de la subjectivité. Quoi qu'il en soit, le vieillissement comporte son lot de souffrance et la charge pathologique augmente en moyenne au fur et à mesure que l'âge avance. Si trois quarts de la population des personnes de 70 à 84 ans ont un profil de santé psychique qui est bon contre un quart qui a des difficultés psychiques ou psychosociales au sens large de terme, cette proportion s'inverse pour la population à partir de 85 ans [5]. Les pathologies psychiatriques sont donc fréquentes et cette fréquence globale augmente au fur et à mesure que l'âge avance.

Émergence de la psychiatrie de la personne âgée en Suisse

Ce constat ensemble avec celui de l'augmentation démographique explique pourquoi la psychiatrie de la personne âgée (PPA) est une branche émergente d'importance croissante. Cette évolution a été entre-aperçue en Suisse il y a plus d'un demi-siècle lorsqu'en 1963 le premier hôpital spécialisé dans les troubles mentaux de la personne âgée a été inauguré à Prilly/Lausanne. Le vieillissement est donc devenu un sujet politique. La PPA de l'époque était somato- et hospita-

SWISS ARCHIVES OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY 2017;168(2):33-40

Published under the copyright license Attribution-NonCommercial-NoDerivs4.0. No commercial reuse without permission.

doi: 10.1159/000451407

EMH/EMHS

DOSSIER
Psychiatrie
et personnes âgées

La psychiatrie de la personne âgée en Suisse

Geriatric psychiatry in Switzerland

Jean-Pierre Schuster^a, Dan Georgescu^b, Armin von Gunten^a

La population mondiale vieillit. Ainsi, on estime que d'ici à 2050 le pourcentage d'adultes âgés de plus de 60 ans devrait doubler. Cette évolution démographique a de nombreux impacts sur les sociétés. Le phénomène de vieillissement concerne l'ensemble des pays, et en premier lieu ceux à revenu moyen, mais c'est dans les pays à haut revenu que les extrêmes en termes d'âge médian sont atteints. Ainsi, l'espérance de vie en Suisse en 2015 était de 83,4 années. Cette durée plaçait le pays au deuxième rang mondial, derrière le Japon. L'espérance de vie pour les hommes y était de 81,3 années, plaçant le pays au premier rang mondial selon cet indicateur statistique.

La Confédération helvétique, formée de 26 cantons, connaît une croissance démographique. Il est attendu une poursuite de cette croissance, ces 30 prochaines années, avec 8,2 millions de résidents permanents fin 2014, et vraisemblablement 10,2 millions en 2045. Cette évolution dépendra en grande partie des flux migratoires, en lien avec l'évolution du contexte socioéconomique et politique du pays et, dans une moindre mesure, de l'excédent des naissances sur les décès. Les scénarii projetant l'évolution démographique de la Suisse indiquent une augmentation de la proportion de personnes âgées, avec notamment une croissance de plus de 80 % des 65 ans et plus. Selon le scénario de référence, la Suisse dénombre 2,7 millions de personnes de 65 ans et plus, contre 1,5 million fin 2014 [7]. Ces 50 dernières années, parmi les 65 ans et plus, le nombre de nonagénéaires en Suisse a été multiplié par environ 25 et celui des centenaires par environ 65 [2].

Cette population de sujets âgés est particulièrement hétérogène et confrontée à des expériences individuelles très différentes. L'étude du vieillissement par une approche purement chronologique, ou par catégorisation d'âge, est une réduction simpliste [3]. Dans le champ médical, la prévalence des troubles augmente avec le vieillissement. La santé psychique des trois quarts des personnes de 70 à 84 ans est bonne, le reste des sujets présente des difficultés

psychiques ou psychosociales au sens large. Cette proportion s'inverse à partir de 85 ans [4]. C'est dans ce contexte d'évolution démographique permanent que la psychiatrie de la personne âgée (PPA) se développe. La construction identitaire de la PPA en Suisse est ancienne et repose sur une offre de soins en interface avec les autres disciplines ainsi qu'une formation spécifique reconnue. En 1963, le premier hôpital spécialisé dans les troubles mentaux de la personne âgée a été inauguré à Prilly-Lausanne, dans le canton de Vaud. Cette institution apportait une évolution conceptuelle en transformant "l'asile psychiatrique pour vieillards", marqué par la chronicité et l'hospitalocentrisme, en établissement pour patients âgés avec troubles psychiatriques. Dans la continuité de ce mouvement, le premier centre ambulatoire de PPA à Lausanne a été ouvert en 1969 et le premier hôpital de jour dans la foulée, en 1972 [5]. À partir des années 1980, les planifications psychiatriques et les politiques dédiées au vieillissement dans la Confédération helvétique ont fait émerger une offre de PPA dans les domaines de l'hospitalier aigu, des structures intermédiaires et ambulatoires ainsi qu'en ce qui concerne la psychiatrie de consultation-liaison.

En Suisse, la PPA n'est définie comme une discipline d'interface entre la psychiatrie générale, la gériatrie et la neurologie, tout en gardant une affiliation identitaire forte à la psychiatrie générale, sa discipline mère. Elle a particulièrement renforcé son identité en développant une activité ambulatoire et une psychiatrie de liaison. Le cadre interventionnel est tourné vers un soin dans le contexte de vie du patient, que ce soit à domicile ou dans un établissement médico-social. Particulièrement adaptée à la rencontre avec les sujets âgés présentant une souffrance psychique, la psychiatrie de consultation-liaison auprès des sujets âgés repose sur la connaissance et la maîtrise des différents cadres théoriques d'intervention psychiatrique en milieu médical et sur une pratique de la psychiatrie avec des sujets âgés [6, 7].

30 | La Lettre du Psychiatre - vol. 30v, n° 1-2 - janvier-juin 2018

von Gunten A, Georgescu D, 2017

Schuster JP, Georgescu D, von Gunten A, 2018

Descriptif des structures de la SPPA

Formation approfondie SPPA

Réseaux SPPA

Structures tarifaires



<https://sgap-sppa.ch/fr/>



Comité de la SPPA

Trésorier



Jean-Luc Boss
Cabinet Genève

Co-président



Dan Georgescu
PDAG Windisch

Vice-président/TARMED



Ulrich Hemmeter
PDGR Coire

Commission d'examen



Bernd Ibach
Clienla Littenheid

Commission permanente
pour les formations
postgraduée et continue



Stefan Klöppel
UPD Berne

TARPSY



Jacqueline Minder
IPW Winterthour

Co-président



Egemen Savaskan
PUK Zurich

Assesneur



Silvia Tenés Reino
PBL Liestal

Site web



Paul Unschuld
HUG Genève

Assesneur



Armin von Gunten
CHUV Lausanne

Cours de formation
postgraduée /
formation continue



Franziska Wenger
Hôpital STS Thoune

État des membres

2022

Membres ordinaires	112
Membres extraordinaires	25
Membres d'honneur	6
Membres collectifs	8
Total	151

13.05.2024

Membres ordinaires	111
Membres extraordinaires	27
Membres d'honneur	6
Membres collectifs	11
Total	155

La SPPA est la plus grandes des sociétés CH de formations approfondies.

Porteurs du titre en CH

01.07.2006

Introduction du titre de formation approfondie en psychiatrie
et psychothérapie de la personne âgée

31.12.2007

60 porteurs de titres

07.01.2024

232 porteurs de titres

La PPA dans la formation

- **Formation de spécialiste en **psychiatrie générale** FMH-ISFM**
 - Rotation clinique d'au moins 6 mois en PPA obligatoire
 - Théorie et supervisions
- **Formation approfondie en **PPA** FMH-ISFM**
 - Durée : 2 ans → 1 an en hospitalier & 1 an en ambulatoire
 - 60 heures de théorie
 - 120 heures de supervision
 - 2 examens
- **33 centres de formation postgraduée / approfondie **PPA** reconnus par l'ISFM**
 - A : 21 hospitalier & ambulatoire
 - B : 6 ambulatoire
 - B : 4 hospitalier
 - C : 2 (hospitalier)

Notre réseau national

Stratégie de travail :

Mise en réseau active avec les parties prenantes et participation à différents comités

- **Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP)**
- **Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)**
- **Association nationale pour le développement de la qualité** dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)
- **Office fédéral de la santé publique (OFSP)**, par ex. :
 - **Stratégie nationale en matière de démence** ou de la Plateforme nationale sur la démence
 - **Stratégie en matière de soins palliatifs**
- **Office fédéral de la statistique (OFS)**, par ex. pour le codage SCPD
- **Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)**, développement et révision de différentes directives
- Observatoire suisse de la santé (Obsan), par ex. "Psychopharmaceutiques dans le traitement de la démence".
- **Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH)**, par ex. pour le développement du TARDOC
- **SwissDRG**, par ex. pour le développement de TARPSY

Coopération internationale

- En raison de la **diversité des systèmes de santé** (cadre politique, juridique et financier), les modèles de soins ne sont que partiellement transposables.
- Pour cette raison, la collaboration se limite en particulier aux **aspects professionnels et scientifiques** (formation continue, congrès, cours).
- Les principaux partenaires de la SPPA sont
 - **Société allemande de gérontopsychiatrie et de psychothérapie (DGGPP)** <https://www.dggpp.de/>
 - **Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Âgée (SF3PA)** <https://sf3pa.com/>
 - **European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP)** <https://www.eagp.com/> (membre collectif depuis 2013)
 - Lausanne EAGP Summer School
 - Royal College of Psychiatrists, Faculty of Old Age Psychiatry ([RCPsych](#))
- Autres organisations internationales importantes
 - **World Psychiatric Association (WPA) - Section of Old Age Psychiatry** (WPA) <https://www.wpanet.org/old-age-psychiatry>
 - **OMS-WHO** (par ex. Lausanne Technical Consensus Statements on the Psychiatry of the Elderly)
 - **International Psychogeriatric Association (IPA)** <https://www.ipa-online.org/>
 - **European Psychiatric Association - Old Age Psychiatry Section (EPA)** <https://www.europsy.net/sections/?id=8>

Coopération internationale : exemples

LAUSANNE TECHNICAL CONSENSUS STATEMENTS ON PSYCHIATRY OF THE ELDERLY

This document is a compilation of three previous WHO documents, respectively on:

1. Psychiatry of the Elderly
(Doc.: WHO/MNH/MND/96.7)
2. Organization of Care in Psychiatry of the Elderly
(Doc.: WHO/MNS/MNH/MND/97.3)
3. Education in Psychiatry of the Elderly
(Doc.: WHO/MNH/MND/98.4)



WORLD HEALTH ORGANIZATION
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
GENEVA
1999

PSYCHIATRY OF THE ELDERLY
A CONSENSUS STATEMENT
DIVISION OF MENTAL HEALTH AND
PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE
WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA



UNION EUROPÉENNE DES
MÉDECINS SPÉCIALISTES
SECTION OF PSYCHIATRY

Approved: Lisbon, October 2013
due for revision: October 2016

OLD AGE PSYCHIATRY IN EUROPE

The statement of purpose

Old Age Psychiatry (OAP) is a psychiatric subspecialty which is concerned with the full range of mental disorders and their consequences arising in people over the age of 65 – including people who developed chronic mental illness at a younger age. Mental illness in old age frequently coexists with physical morbidity and can be complicated by social problems. Various terms are used as synonyms for OAP, including *Psychiatry of Old Age*, *Psychiatry of Late(r) Life*, *Psychiatry of (for) the Elderly*, *Geriatric Psychiatry*, *Gerontopsychiatry*, *Geropsychiatry*, and *Psychogeriatrics*.

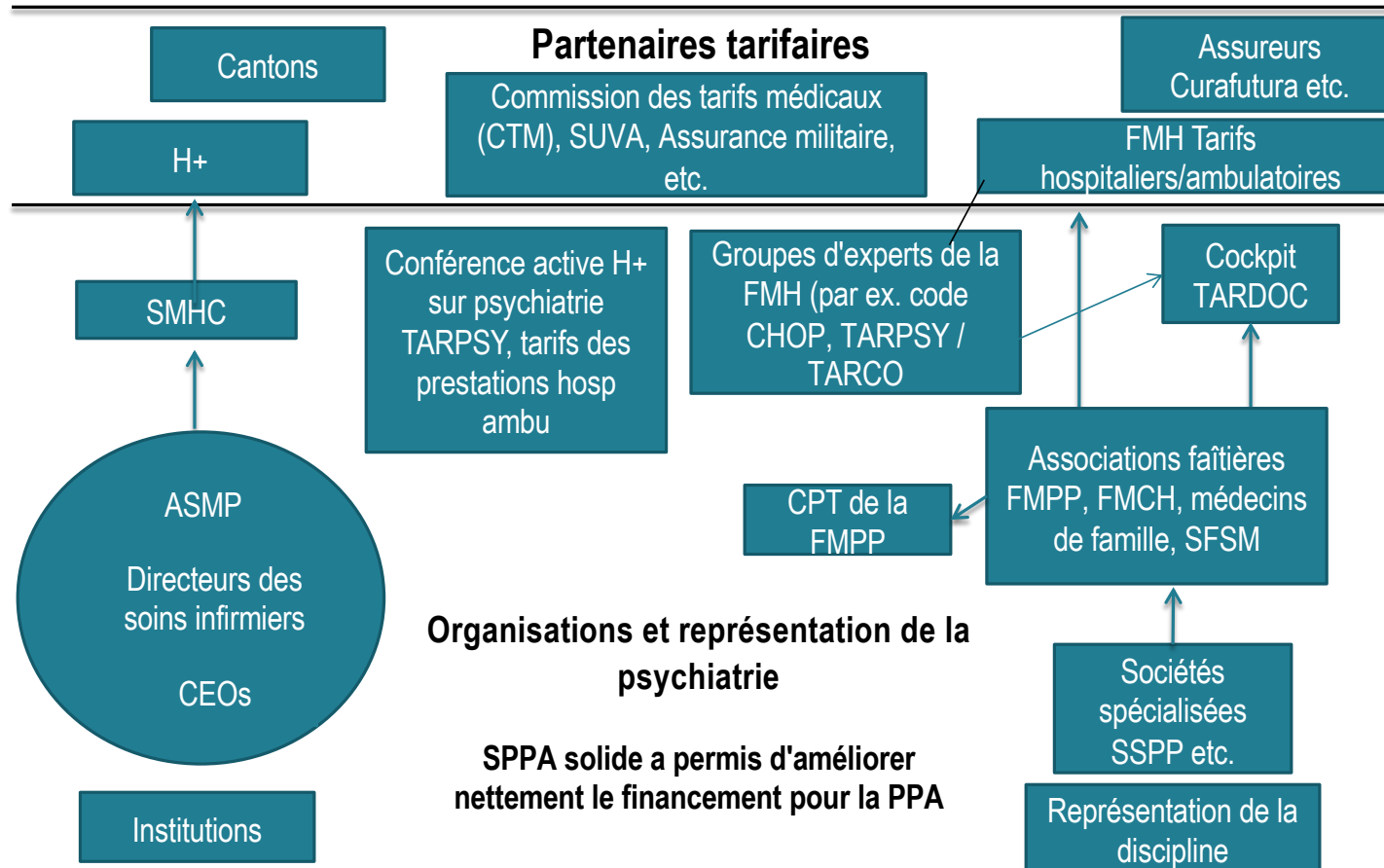
This document was prepared in order to identify the current patterns of OAP practice and training in Europe and to make recommendations for service development and training in order to facilitate the raising of standards in this clinical area. It is intended to replace the UEMS report on old age psychiatry from 2001. A questionnaire was circulated to the UEMS delegates to assess the current state of the discipline with a special emphasis on training and organisation of care.

This position paper is prepared by the Union of European Medical Specialists (UEMS) Section of Psychiatry, after consultation with national authorities in member countries, with the European Federation of Psychiatric Trainees and with the Permanent Working Group of Junior Doctors.

Section & training reports — UEMS Section of Psychiatry (uemspsiychiatry.org); Old-Age Psych in Europe

Décisions tarifaires

OFSP



Codification des SCPD (BPSD) dans la CIM-10-GM-2023

Odyssée SPPA - OFS - OFSP

ICD-10-GM-2023 > U00-U99 > U63-U63 > U63.-!

U63-U63 Sekundäre Schlüsselnummern zur Spezifizierung von psychischen und Verhaltensstörungen

U63.-! Psychische und Verhaltensstörungen bei Demenz

Info:

Die Schlüsselnummern dieser Kategorie sind zu verwenden, um bei einer Demenz (F00-F03) das Vorliegen von psychischen oder Verhaltensstörungen spezifisch anzugeben.

- U63.0! Psychotische Symptome bei Demenz
- U63.1! Affektive Symptome bei Demenz
- U63.2! Angstsymptome bei Demenz
- U63.3! Apathie bei Demenz
- U63.4! Agitation oder Aggression bei Demenz
- U63.5! Enthemmung bei Demenz
- U63.6! Wanderverhalten bei Demenz

F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-†)

Die Alzheimer-Krankheit ist eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren.

Soll das Vorliegen von psychischen oder Verhaltensstörungen spezifisch angegeben werden, so sind sekundäre Schlüsselnummern (U63.-!) zu benutzen.

- **Catalogue de transition (cf. CIM-11)** en traduction
- Diagnostics U disponibles pour le codage à partir du 1.1.2025
- Services de codage des établissements de formation postgraduée doivent être préparés aux codages pour le 01.01.2025.
- Sous U63.-, les nouveaux numéros de code peuvent être utilisés pour coder les diagnostics secondaires psychiatriques en cas de démence.

Recommandations suisses
Standards de qualité
Bénéfices de la SPPA



Polémique et attaques dans la presse

MEDIKAMENTE

Altersheime stellen Bewoh

Kranke Heimpatienten erhalten Medikamente mit schweren Nebenwirkungen – das stösst bei Fa

Ein Zürcher Altersheim gibt einem Bewohner starke Medikamente. Als sich die Angehörigen wehren, droht das Heim mit der Kündigung des Pflegevertrags.

Christa Salzmännli erkannte ihren Vater im Altersheim Bruggwiesen in Effretikon ZH kaum wieder. Er lächelte, sprach nur noch stockend. Bis vor kurzem ging er noch täglich spazieren, nun bewegte er sich nur noch im Zeitlupentempo. Beim Kuchenessen auf der Parkbank schlief er ein.

Dabei war ihr 88-jähriger Vater vor dem Heimeintritt ganz vital. Er



4 Blick | Montag | 27. Februar 2023

Luzerner Klinik verabreichte dem demenzkranken Kurt Müller (76) eine Überdosis. Jetzt k

«Sie haben ihn kaputtgemacht»

CARLA DE VIZZI

Es tut richtig weh. Angela Müller (52) aus Nebikon LU ist den Tränen nahe, als sie erzählt, was ihrem demenzkranken Vater widerfahren ist. Seit einem Aufenthalt in der Psychiatrie sei nichts mehr wie vorher. Abgesehen von der Demenz sei es ihrem Vater, Kurt Müller (76), gut gegangen. «Er konnte selber laufen, essen und mit mir einkaufen gehen», sagt Angela Müller.

Alle das erleben, nun aber der



Freitag, 2. Dezember 2022

Schweiz
Neue Zürcher Zeitung

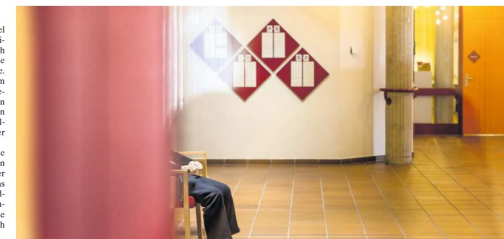
Senioren werden mit Pillen ruhiggestellt, obwohl es Alternativen gäbe

Demenzkranken können aggressiv sein – sedierende Medikamente erleben deshalb einen Boom

SIMON HEHLI

Pflegendes, die starke Beruhigungsmittel verteilen, als wären es Paracetamol. Alzheimerkranke, die völlig sediert vor sich hindämmern. Wer sich in der Branche umhört, stösst bald auf solche Berichte. Und auch die Statistik passt ins Bild: Im Jahr 2020 kostete das Medikament Quetiapin die Krankenkassen 50 Millionen Franken und figuriert damit unter den Top 20. Laut dem Helsana-Helmitelreport nahmen die Bezüge innert vier Jahren um 30 Prozent zu.

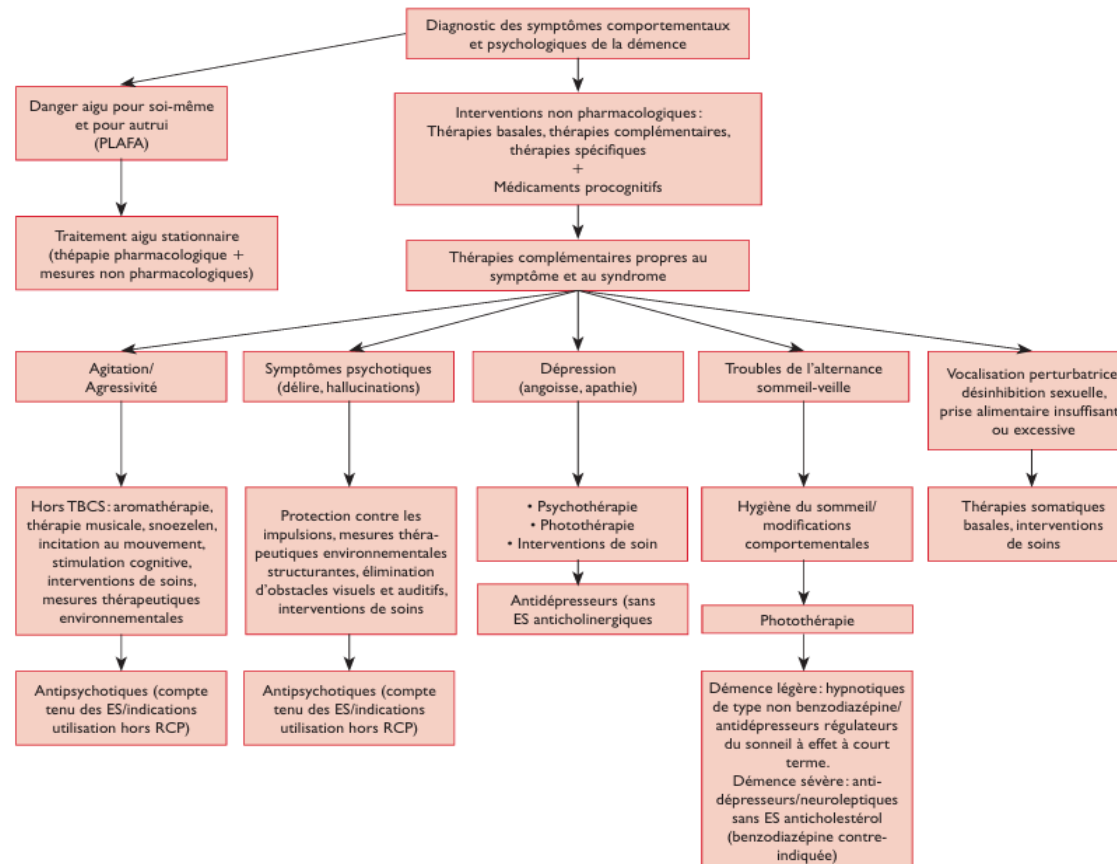
Der Wirkstoff Quetiapin wurde eigentlich für die Behandlung von Krankheiten wie Schizophrenie oder bipolaren Störungen entwickelt. Das Neuroleptikum lindert Wahrnehmungen und Angstzustände, die Patienten beruhigen sich. Dieser letztgenannte Effekt ist der Grund, wieso auch Demenzkranke Quetiapin bekommen.



Cadre général des guidelines

- Les guidelines sont des lignes directrices médicales, des directives, des consensus, des recommandations de diagnostic ou de traitement qui sont **généralement** basés sur des preuves et représentent le **standard médical actuel**.
- De telles normes ont une **importance pratique et juridique** pour les médecins traitants.
 - Cadre juridique des médicaments → Lors de la prescription et de la remise de médicaments, les médecins sont **tenus de respecter les règles reconnues** des sciences médicales et pharmaceutiques (art. 26 LPT_h). Cette disposition concrétise le **devoir de diligence du médecin** à respecter dans l'exercice de sa profession (LPMéd art. 40 let. a)
- Guidelines doivent
 - bénéficier d'un **large** soutien (sociétés professionnelles médicales et autres)
 - indiquer le **degré de recommandation** et le **niveau d'évidence**
 - refléter les **normes médicales actuelles**
 - être **mis à jour**

Médecine selon **EBM** et les algorithmes : SCPD



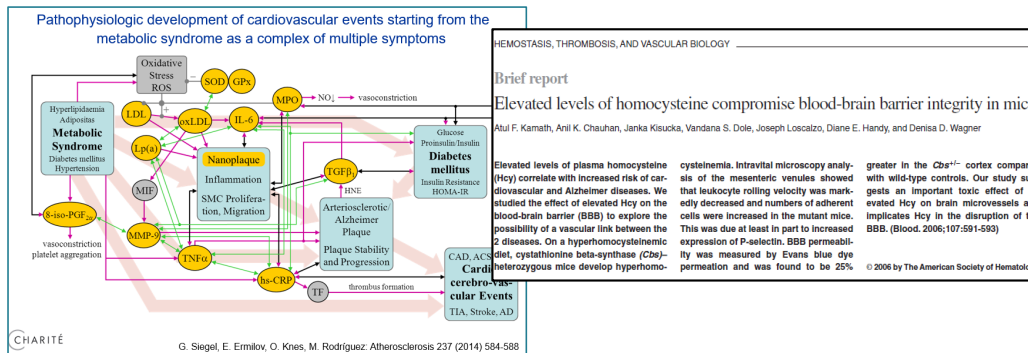
Savaskan et al. Praxis 2014 ; 103:135-148 ; traduction non-publiée par AvG

Critique de l'EBM

Absence d'études
Manque de spécificité de l'âge
«Supranormaux»

Compréhension physiopathologique incomplète
Ignorance de la recherche fondamentale préclinique

(Exemples : pathologies vasculaire, ECA)



Analyse étiopathogénique incomplète

(Exemple : SCPD)

Facteurs liés au patient	Facteurs liés à l'environnement
<p>Non- / peu modifiables</p> <ul style="list-style-type: none"> Type de démence Stade de démence Altérations neuroanatomiques Génétique Personnalité Histoire de vie <p>(Potentiellement) modifiables</p> <ul style="list-style-type: none"> Comorbidités (aiguës/chroniques) Modifications neurotransmetteurs Douleurs / Troubles affectifs Besoins non-comblés 	<p>Non-modifiables</p> <ul style="list-style-type: none"> Evénements de vie <p>(Potentiellement) modifiables</p> <ul style="list-style-type: none"> Connaissance maladie Stress des proches Dynamique familiale Sur / sous-stimulation Routine néfaste Quantité de soins Qualité des soins Infrastructure / architecture
<p>Biologiques – Psychologiques – Environnement</p>	

von Gunten et al. 2017 → traduit de l'anglais et modifié par AvG

Critique de l'EBM

Wo finde ich als Arzt vertrauenswürdige Aussagen zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren?

Wie glaubwürdig ist die Evidenz?

Ingrid Töws, Gerd Antes

Cochrane Deutschland, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg im Breisgau, Deutschland

L'évidence est-elle crédible ?

Jährlich werden weit mehr als 20 000 kontrollierte Studien publiziert. Doch nutzen wir dieses Wissen überhaupt? Und wie können wir es noch überblicken und für unsere Entscheidungen in die Praxis transferieren? Unsere Möglichkeiten, Forschungsergebnisse für die Entscheidungsfindung einfach und praxisbezogen zu nutzen, hängen ganz wesentlich von ihrer Qualität und Verfügbarkeit ab.

- Comment élaborer des lignes directrices basées sur des preuves afin qu'elles reflètent les **normes médicales actuelles** ? Etant donné que :
 - il n'existe souvent **pas de niveau de preuve suffisant** qui remplisse tous les critères EBM sensu stricto et
 - d'autant plus que i) peu de ressources financières sont mises à disposition pour la recherche et ii) selon l'intérêt de l'industrie (médicaments), ce qui explique que l'EBM est devenue en partie une «**finance-b(i)ased medicine**» (FBM) *

Stalder et al. Evidence-based medicine : nicht immer so évident ! Bull Méd Sui 2017 ; 98:1316

Défi : Off-Label Use

- **Problème avec les homologations récentes**
 - **Faible intérêt de la part des fabricants** de produits pharmaceutiques et de la communauté des chercheurs pour réaliser des études cliniques sur des médicaments dont le brevet a expiré et dont le prix est bas.
 - **Pas d'incitations des instances gouvernementales avec, au contraire, une augmentation des obstacles** à surmonter lors de la procédure d'autorisation, avec les conséquences financières qui en découlent.
- **Divergence entre les lignes directrices SPC**
 - de l'information professionnelle (**Summary of product characteristics (SPC)**) d'une part
 - et la pratique de la prescription clinique suite aux "preuves quotidiennes", à la littérature scientifique et aux directives des sociétés de discipline médicale ("lex artis") d'autre part.
- Les médicaments qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché correspondante ne sont pas recommandés par les guidelines, tandis que d'autres médicaments correspondent certes au standard actuel, mais doivent être prescrits hors étiquette selon une interprétation stricte.

Défi : Off-label-Use

- **Traitement hors étiquette**

- Un **droit pour le médecin** (LPT, art. 26).
- En partant du principe que le médecin est fondamentalement tenu d'agir dans l'intérêt du patient et qu'il fait toujours preuve de la diligence requise dans le choix de la médication, l'utilisation hors étiquette peut également être considérée, du point de vue du patient, comme un **droit d'accès à de nouvelles approches thérapeutiques et, globalement, à une palette plus large d'options thérapeutiques.**
- **Il existe des cas où l'utilisation off-label d'un médicament est devenue une norme médicale.** Dans ce cas, et en particulier lorsqu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique, **l'usage hors étiquette ferait partie du traitement lege artis et le médecin serait non seulement autorisé à prescrire hors étiquette, mais il y serait même tenu.** Le fait de ne pas en tenir compte constituerait par conséquent un écart par rapport au traitement médical approprié et donc une **violation du devoir de diligence.**

Legal oder illegal? Was der behandelnde Arzt wissen sollte

«Off-label-Use» in der alterspsychiatrischen Demenzbehandlung

Dan Georgescu
Psychiatrische Dienste Aargau AG, Brugg, Schweiz

Exemple des AP atypiques dans le ttt des SCPD - CH

Traitement aigu de psychose, agressivité, agitation

Risperidone (0.5 – 2 mg / d)

- n'est pas off-label !

E A R 2

Aripiprazole

off-label

E B R 3

Olanzapine

E B R 3

Quétiapine

E C R 4

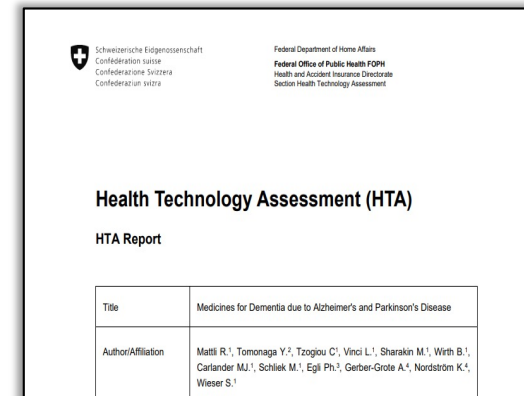
Autres

E ? R ?

Savaskan et al. Praxis 2014 ; 103:1-14 ; Maher et al. JAMA 2011; 306:1359–1369 ; Ballard and Waite J. Cochrane Database Syst Rev 2006; 1: CD003476 ; Schneider et al, AJGP 2006; 14: 191-210;

Différentes parties prenantes et perspectives

- Outre la prise en compte des preuves scientifiques, l'inclusion d'une **base aussi large que possible de parties prenantes** (différentes professions et disciplines spécialisées, Alzheimer Suisse, entre autres) est une condition préalable à la qualité élevée des résultats des lignes directrices.
- ... **Health Technology Assessments (HTA)** sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique et dans la perspective du **"health care payeur"** (Mattli et al., 2022). Les analyses et les rapports des HTA intègrent principalement les **résultats d'études randomisées contrôlées (RCT)**, tandis que d'autres connaissances, issues par exemple de la recherche préclinique, sont ignorées.
- → FBM



Office fédéral de la santé publique, Section Health Technology Assessment (2022). Rapport HTA : Medicines for Dementia due to Alzheimer's and Parkinson's Disease.

Swissethics : Nouvelles propositions pour l'éthique et l'équité



Abbildung 1: Anforderungen an eine Lösung.

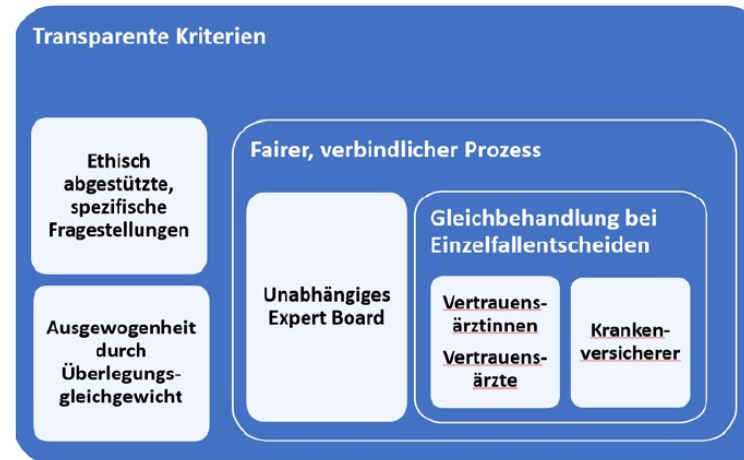
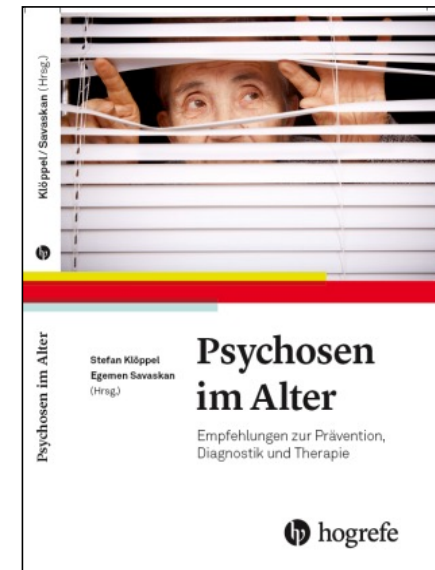
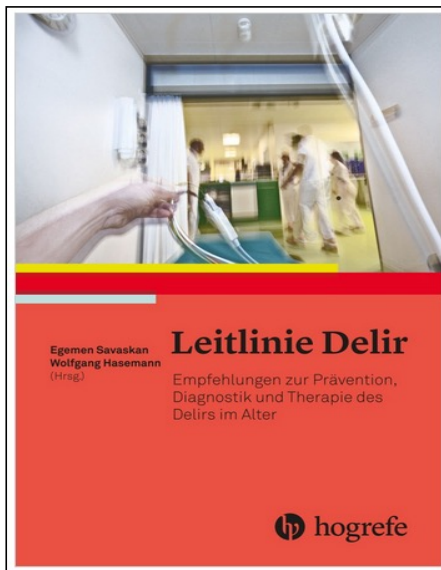


Abbildung 3: Expert Board und Organisation.

- Les cas dans lesquels il **existe certes des preuves scientifiques et cliniques de l'utilité et de l'efficacité d'une thérapie, mais où les preuves suffisantes, étayées par des RCT, font défaut**, doivent être considérés de manière différenciée dans l'optique d'**éviter une inégalité de traitement**.
- L'objectif est l'**égalité de traitement**, car celle-ci doit être atteinte par une pesée reposant également sur l'éthique, sur la base de **critères équilibrés** et dans le cadre d'un **processus de décision équitable** (Driessen, 2022).

Driessen. Fairer Zugang zu Arzneimitteln. *Bulletin des médecins suisses* 2022, 103(42),40-42.

Guidelines terminés de la SPPA (livres)



Guidelines sous l'égide de la SPPA

Nationale Demenzstrategie
Stratégie nationale en matière de démence
Strategia nazionale sulla demenza
2014-2019

SGAP SPPA

mfe

Teilprojekt NDS 6.1.
Weiterentwicklung von Empfehlungen in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik und Behandlung für die Grundversorgung

Ulri Hemminger¹, Jendrik Straul², Heidi Danczy-Walk³, Christina Affenberger^{4,5}, Esther Bätzli⁶, Stephanie Bucher⁷, Markus Stäger⁸, Anne Schwan⁹, Marlene Hengst¹⁰, Marlene Schenk¹¹, Samuel Vögeli¹², Rufina Ming¹³

¹Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychiatrie (SGAP) – Projektleitung
²Universitätsspital und Kinderklinik St. Gallen – Projektleitung
³Universitätsspital, Psychiatrische Dienste und soziale Geriatrienetzwerke
⁴St. Gallen
⁵Universitätsspital
⁶Universitätsspital (UMC)
⁷Schweizerische Gesellschaft für Gerontopsychiatrie (SGGP), Fachgruppe der Gerontopsychiatrischen Dienste (GPD)
⁸Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Gerontopsychiatrie (SGAGP)
⁹Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachpersonen und Pflegefachberufe (SBK)
¹⁰NGSD, nationaler Branchenrat und für Menschen mit Behinderung
¹¹Schweizerischer Verband medizinischer Fachberufe Schweiz (SVM)
¹²Adressbuch Pflegefachpersonen in den Schweizer Kantonen (APF), psychiatrische Pflege und gerontologische Pflege
¹³Universitätsspital, Pflegeklinik St. Gallen

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun Svizra

Fédéralistes Département des Intérieurs (DI)
Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Assessments in der Langzeitpflege für Menschen mit Demenz

bei Verdacht auf Depression und psychotischen Symptomen

Handbuch für Pflegefachpersonen
Oktober 2019

Évaluations dans les soins de longue durée pour les personnes atteintes de démence

en cas de suspicion de dépression, de délirium ou de symptômes comportementaux et psychologiques

Manuel pour les professionnels
Octobre 2019

SGAP SPPA SFGG-SFGC

Klinische Kurzprotokolle 2021

Erkennung psychiatrischer Symptome in der stationären Langzeitpflege

Recognition of Psychiatric Symptoms in Inpatient Long-Term Care

Das ist eine interdisziplinäre und interprofessionale Guideline die durch Vertreter mehrerer Institutionen entwickelt wurde. Sie wurde für ePrints zusätzlich einem externen Review unterzogen.

Stefan Klöppel^{1*}, Egemen Savaskan^{1*}, René Kuhn^{1*}, Gabriela Egel^{2,3,4}, Esther Indermaur^{5,6}, Silvia Silva Lima^{7,8}, Anja Ulrich^{9,10}, Samuel Vögeli¹¹, Ursula Wiest¹², Laurent Zemp¹³, Franziska Züfli¹⁴ und Dan Georgescu¹⁵

¹Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychiatrie (SGAP) – Projektleitung
²Schweizerische Fachgesellschaft für Gerontopsychiatrie (SFGG) – Projektsponsor
³St. Gallen
⁴SBK Schweizer Berufsverband der Pflegefachpersonen und Pflegefachberufe (SBK)
⁵Pflegeklinik der Stadt Zürich (PZD)
⁶Ärztliche Fachgesellschaft für Gerontopsychiatrie (AGG) – Projektsponsor
⁷BESA Care AG, Bern
⁸Universitätsspital für Alterspsychiatrie und Psychiatrie, Universität Bern
⁹Helmholtz Zentrum für Pflege und Beratung
¹⁰St. Gallen, Pflegeklinik AGG, DMS Demenz und Lebensgestaltung
¹¹Högskolan i Zürich
¹²Pflegeklinik Emmendingen
¹³Universitätsspital Basel
¹⁴Hochschule Luzern
¹⁵BESA Care AG, Bern
¹⁶Pflegeklinik, Departement Public Health, Universität Basel
¹⁷Helmholtz Zentrum für Alterspsychiatrie und Psychiatrie, Universität Basel
Dieses Dokument ist ein Produkt der Nationalen Demenzstrategie. Eine zugewiesene Version für Fachpersonen der APH ist auf der Website des BAG verfügbar: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitstrategie/nationale-demenzstrategie-nfs-qualitaet-fachkompetenz.html>

Zusammenfassung: Als Teilprojekt der nationalen Demenzstrategie der Schweiz wurde untersucht, inwieweit die in der Alters- und Pflegeheimen bereits eingesetzten Bedarfskataloginstrumente BESA und RAJ ausreichend sind, um Symptome von Depression, Delirium und Verhaltens- und psychologischen Symptomen der Demenz (BPSID) feststellen zu können. Während RAJ für die Bewertung von Depressivität als ausreichend aufgeführt wurde, ist für BESA die Ergänzung des Zwei-Fragen-Tests und die geriatrische Depressionsskala zu empfehlen. Für die Erkennung von Delirium und Halluzinationen in BESA geeignete Fokusassessments vorhanden, wider RAJ noch BESA erfassen vollständig das grosse Spektrum der psychologischen und BPSID. Wir sehen in der konsequenten Anwendung dieser Assessments Möglichkeiten eines verbesserten interprofessionalen und -disziplinären Austausches zwischen den Beteiligten und damit eine verbesserte Versorgung der Bewohner mit psychischen Symptomen.

Schlüsselwörter: Stationäre Langzeitpflege, Assessment, BPSID, Delirium, Depression

Abstract: As part of the Swiss national strategy on dementia, we investigated to which extent the needs assessment instruments RAJ and BESA can early detect symptoms of depression, delirium, and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSID) in long-term care facilities. While we decided that the RAJ sufficiently detected depressive symptoms, we suggest to add the two-questions-test and the geriatric depression scale to the BESA assessment. The BESA assessment had more targets.

© 2020 Hogrefe/Verlagshandlung unter der
Hogrefe Open Mind Lizenz <https://www.hogrefe.com/oml>

Preis 2020: 109 (s) 301–308
<https://doi.org/10.1024/1661-8167/a002234>

Hemmeter U et al. 2018

Georgescu D et al. 2019

Klöppel S et al. 2020

Guidelines dans le domaine de la démence (participation SPPA)

EMPELUNGEN *Forum MedForum* | 2008 | 165

Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzerkrankten in der Schweiz

Andreas U. Monsch^{1,2}, Monika Hermsdorf^{3,4}, Rita W. Krauss⁵, Hans-Peter Friedl⁶, Daniel Grotzer⁷, Beat Hildebrand⁸, Birgitte Martensson⁹, Brigitte Ruggieri-Frey¹⁰, Armin von Gunten¹¹, Experte/-gruppe der Schweiz¹²

Einführung
In der Schweiz leben nach einer Schätzung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SECO) mit ungefähr 16000 Menschen mit Demenz. Die Pflege von Menschen mit Demenz ist ein komplexes, interdisziplinäres Versorgungs- und Betreuungsauftrag.

Diagnostik
Präzise und frühzeitige in der Anwendung der Diagnose der Demenz nach DSM-IV-TR (1994).

RECOMMANDATIONS *Forum MedForum* | 2012 | 194

Consensus sur le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de démence en Suisse

Andreas U. Monsch^{1,2}, Monika Hermsdorf^{3,4}, Rita W. Krauss⁵, Hans-Peter Friedl⁶, Daniel Grotzer⁷, Beat Hildebrand⁸, Birgitte Martensson⁹, Brigitte Ruggieri-Frey¹⁰, Armin von Gunten¹¹, Experte/-gruppe der Schweiz¹²

Introduction
Selon une estimation de l'Etat fédéral suisse, il y a environ 16 000 personnes atteintes de démence vivant actuellement en Suisse et 42 000 personnes atteintes de démence en Suisse.

Diagnostik
La définition de la démence selon le DSM-IV (1994) est précise et utilisée dans la DSM-5 (2013) pour le diagnostic de la démence. Il est recommandé d'utiliser le DSM-IV (1994) pour le diagnostic de la démence.

PRAXIS *Originalartikel Praxis* 2012; 191 (10): 1209-1249

Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankten in der Schweiz

Consensus 2012 - Diagnostic and Treatment of Patients with Dementia in Switzerland

Markus Burgi^{1,2}, Gabriela Blasi^{3,4}, Matthias Buhimner⁵, Françoise Colombo^{6,7}, Jean-François Demont^{8,9}, Angel Felschler^{10,11}, Dan Georgescu^{12,13}, Armin Grotzer^{14,15}, Andrea Brossi Gurnani^{16,17}, Freimut Jungling¹⁸, Eberhard Kissel¹⁹, Rita W. Krauss²⁰, Lukas Kuli²¹, Andreas U. Monsch^{22,23}, Martin Ott²⁴, Hans-Peter Friedl²⁵, Julius Poppel²⁶, Lucia Runggieri²⁷, Brigitte Ruggieri-Frey²⁸, Marianne Schreiner²⁹, Paul Gerson Unschuld³⁰, Armin von Gunten³¹, Gregor Wachter³², Roland Wieser³³ und Egemen Sezanbas³⁴

Erklärung
Der Konsensus 2012 wurde am 22. bis 25. März 2012 in der Schweiz durchgeführt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Konsensus 2012 sind in der Tabelle unten aufgeführt.

Einleitung
In der Schweiz leben nach einer Schätzung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SECO) mit ungefähr 16 000 Menschen mit Demenz. Die Pflege von Menschen mit Demenz ist ein komplexes, interdisziplinäres Versorgungs- und Betreuungsauftrag.

RECOMMENDATIONS *Forum MedForum* | 2012 | 194

Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement des patients atteints de démence en Suisse

Consensus 2012 - Diagnostic and Treatment of Patients with Dementia in Switzerland

Markus Burgi^{1,2}, Gabriela Blasi^{3,4}, Matthias Buhimner⁵, Françoise Colombo^{6,7}, Jean-François Demont^{8,9}, Angel Felschler^{10,11}, Dan Georgescu^{12,13}, Armin Grotzer^{14,15}, Andrea Brossi Gurnani^{16,17}, Freimut Jungling¹⁸, Eberhard Kissel¹⁹, Rita W. Krauss²⁰, Lukas Kuli²¹, Andreas U. Monsch^{22,23}, Martin Ott²⁴, Hans-Peter Friedl²⁵, Julius Poppel²⁶, Lucia Runggieri²⁷, Brigitte Ruggieri-Frey²⁸, Marianne Schreiner²⁹, Paul Gerson Unschuld³⁰, Armin von Gunten³¹, Gregor Wachter³², Roland Wieser³³ und Egemen Sezanbas³⁴

Introduction
Selon une estimation de l'Etat fédéral suisse, il y a environ 16 000 personnes atteintes de démence vivant actuellement en Suisse et 42 000 personnes atteintes de démence en Suisse.

Diagnostik
La définition de la démence selon le DSM-IV (1994) est précise et utilisée dans la DSM-5 (2013) pour le diagnostic de la démence. Il est recommandé d'utiliser le DSM-IV (1994) pour le diagnostic de la démence.

Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen

Recommendations of Swiss Memory Clinics for the Diagnosis of Dementia

Markus Burgi^{1,2}, Gabriela Blasi^{3,4}, Matthias Buhimner⁵, Françoise Colombo^{6,7}, Jean-François Demont^{8,9}, Angel Felschler^{10,11}, Dan Georgescu^{12,13}, Armin Grotzer^{14,15}, Andrea Brossi Gurnani^{16,17}, Freimut Jungling¹⁸, Eberhard Kissel¹⁹, Rita W. Krauss²⁰, Lukas Kuli²¹, Andreas U. Monsch^{22,23}, Martin Ott²⁴, Hans-Peter Friedl²⁵, Julius Poppel²⁶, Lucia Runggieri²⁷, Brigitte Ruggieri-Frey²⁸, Marianne Schreiner²⁹, Paul Gerson Unschuld³⁰, Armin von Gunten³¹, Gregor Wachter³², Roland Wieser³³ und Egemen Sezanbas³⁴

Einleitung
In der Schweiz leben nach einer Schätzung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SECO) mit ungefähr 16 000 Menschen mit Demenz. Die Pflege von Menschen mit Demenz ist ein komplexes, interdisziplinäres Versorgungs- und Betreuungsauftrag.

RECOMMENDATIONS *Forum MedForum* | 2018 | 194

Recommandations de Swiss Memory Clinics pour le diagnostic des démences

Recommendations of Swiss Memory Clinics for the Diagnosis of Dementia

Markus Burgi^{1,2}, Gabriela Blasi^{3,4}, Matthias Buhimner⁵, Françoise Colombo^{6,7}, Jean-François Demont^{8,9}, Angel Felschler^{10,11}, Dan Georgescu^{12,13}, Armin Grotzer^{14,15}, Andrea Brossi Gurnani^{16,17}, Freimut Jungling¹⁸, Eberhard Kissel¹⁹, Rita W. Krauss²⁰, Lukas Kuli²¹, Andreas U. Monsch^{22,23}, Martin Ott²⁴, Hans-Peter Friedl²⁵, Julius Poppel²⁶, Lucia Runggieri²⁷, Brigitte Ruggieri-Frey²⁸, Marianne Schreiner²⁹, Paul Gerson Unschuld³⁰, Armin von Gunten³¹, Gregor Wachter³², Roland Wieser³³ und Egemen Sezanbas³⁴

Introduction
Selon une estimation de l'Etat fédéral suisse, il y a environ 16 000 personnes atteintes de démence vivant actuellement en Suisse et 42 000 personnes atteintes de démence en Suisse.

Personal pdf file for
Freimut Jungling, Gilles Allenbach, Matthias Bruhlmeier, Bernd Klaeser, Michael Peter Wissmeyer, Valentina Garibotto, Angel Beckler, Dan Georgescu

With compliments of Georg Thieme Verlag www.thieme.de

Appropriate use criteria for dementia amyloid imaging in Switzerland – mini-review and statement on behalf of the Swiss Society of Nuclear Medicine and the Swiss Memory Clinics

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/a-1277-6014>

For personal use only. No commercial use, no depositing in repositories.

Thieme

Swiss Memory Clinics

Monsch A et al. 2008

Monsch A et al. 2012

Bürge M et al. 2018

Juengling et al. 2020

Guidelines dans le domaine de la démence / participation SPPA



738 Mini-Review

Biomarker in der Diagnostik kognitiver Störungen – Empfehlungen der Swiss Memory Clinics

Julius Popp^{1,2,3,4}, Dan Georgescu^{1,4,5}, Markus Burge^{6,7}, Esther Mundwiler-Pachlatko^{8,11}, Luca Bernasconi^{9,11} und Ansgar Felberker^{6,11}

¹ Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychiatrie, Wetzlar, Schweiz
² Klinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zürich, Schweiz
³ Service universitaire psychiatrique de l'âge avancé, Département de psychiatrie, CHU, L. S. J. Université de Genève, Genève, Suisse
⁴ Klinik für Geriatrie, Alters- und Neurogeriatrie, Psychiatrische Dienste Aargau AG, Wetzlar, Schweiz
⁵ Swiss Memory Clinics AG, Wetzlar, Schweiz
⁶ Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie, Mürren, Schweiz
⁷ Zentrum für Neurogeriatrie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen, Schweiz
⁸ SLMK, Zürich, Schweiz
⁹ Schweizerische Neurologische Gesellschaft, Basel, Schweiz
¹⁰ Klinik für Neurogeriatrie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen, Schweiz
¹¹ Institut für Labormedizin, Kantonsspital Aarau AG, Aarau, Schweiz

Zusammenfassung: Molekulare Liquormarker der Alzheimer-Kernpathologie (Amyloidopathologie, Tau-Hyperphosphorylierung und neuronaler Zelluntergang) sind Bestandteil des diagnostischen Instrumentariums zur Abklärung kognitiver Störungen im Alter. Sie erlauben eine frühere und präzisere Diagnose und werden von Swiss Memory Clinics als Zusatzdiagnostik nach individueller, geeigneter Indikation empfohlen. Aufklärung und Beratung sind sowohl vor als auch nach der Biomarker-Diagnostik erforderlich. Die Durchführung der diagnostischen Lumbalpunktion und der präanalytische Umgang mit den Proben richtet sich nach publizierten Standards. Die Interpretation der Resultate muss sorgfältig und im Gesamtkontext aller anderen Befunde erfolgen. Dank bedeutender Fortschritte ist zu erwarten, dass Blutbiomarker und andere kostengünstige und leicht zugängliche Marker sowie spezifische Biomarker für weitere Demenzerkrankungen in wenigen Jahren zur Verfügung stehen werden. Dieser Trend dürfte zu einem deutlich breiteren Einsatz von Biomarkern führen und die Entwicklung wirksamer und personalisierter, evidenzbasierter Präventions- und Behandlungsoptionen beschleunigen. Unser Beitrag bietet einen Überblick über den Stand der Entwicklung und beinhaltet Empfehlungen der Swiss Memory Clinics zum Einsatz von Liquormarkern in diagnostischen Prozessen.

Schlüsselwörter: Kognitive Störung, Demenz, Diagnostik, Biomarker, Liquor cerebrospinalis, Memory Clinics, Alzheimer-Kernpathologie

Biomarkers for the diagnosis of cognitive impairment – Recommendations from the Swiss Memory Clinics

Abstract: Molecular cerebrospinal fluid (CSF) biomarkers of neurodegenerative diseases are now part of the established diagnostic tools for the clinical investigation of cognitive disorders in the elderly. Biomarkers allow for earlier and more accurate differential diagnosis, and are recommended by the Swiss Memory Clinics as an additional investigation based upon individual indication. Information and counselling are needed both before and after biomarker-supported diagnosis. The procedures for diagnostic lumbar punctures and pre-analytical sample handling should follow published recommendations. The results must be interpreted in the context of the other available history and assessment outcome. Thanks to recent research progress, blood-based biomarkers and other non-invasive markers are expected to become available for clinical practice in the near future. This trend will likely lead to a much broader utilization of biomarkers and may accelerate the development of effective and individually tailored prevention and treatment approaches. This review article provides an overview over the current state of biomarkers and provides the recommendations of the Swiss Memory Clinics for their use in clinical practice.

Keywords: Cognitive impairment, dementia, diagnosis, biomarkers, cerebrospinal fluid, memory clinic, Alzheimer's disease

Les biomarqueurs dans le diagnostic des troubles cognitifs – Recommandation de Swiss Memory Clinics

Résumé: Les biomarqueurs moléculaires du liquide céphalo-rachidien (LCR) de la pathologie de la maladie d'Alzheimer font désormais partie des outils diagnostiques établis pour l'investigation clinique des troubles cognitifs chez les personnes âgées. Les biomarqueurs permettent un diagnostic différentiel plus précoce et plus précis et sont recommandés par Swiss Memory Clinics en tant qu'examen complémentaire sur la base d'une indication individuelle. Il est indispensable que la situation soit

© 2022 Hogrefe
 https://doi.org/10.1027/1121-7815/a000710

REVUE MÉDICALE SUISSE

Biomarqueurs des pathologies neurodégénératives dans le diagnostic des troubles cognitifs

Revue et recommandations de Swiss Memory Clinics*

F. JULIUS POPP^{1,2,3,4}, D. DAN GEORGESCU^{1,4,5}, M. MARKUS BURGE^{6,7}, E. ESTHER MUNDWILER-PACHLATKO^{8,11}, L. LUCA BERNASCONI^{9,11} et A. ANSGAR FELBERKER^{6,11}

Rev. Méd. Suisse 2022; 18: 738-744 | DOI: 10.26025/REVMEZD.2022.01.0738

Les marqueurs de liquide céphalo-rachidien établis permettent un diagnostic des troubles cognitifs plus précoce et précis. Il est nécessaire de conseiller les patients avant et après un examen des biomarqueurs. Les procédures de la ponction lombaire et de traitement préanalytique des échantillons doivent suivre des recommandations publiées. L'interprétation des résultats prend en compte les antécédents médicaux et les autres résultats d'examen disponibles. Des marqueurs sanguins pourraient être disponibles dans un avenir proche. Cela pourrait conduire à une utilisation plus large des biomarqueurs et accélérer le développement d'approches personnalisées de prévention et de traitement. Cet article présente les recommandations de Swiss Memory Clinics concernant l'utilisation des biomarqueurs en pratique clinique.

Biomarkers for the diagnosis of cognitive impairment – Recommendations from the Swiss Memory Clinics

Established cerebrospinal fluid (CSF) biomarkers allow for earlier and more accurate differential diagnosis of cognitive impairment. Information and counselling are needed both before and after biomarker-supported diagnosis. The procedures for diagnostic lumbar punctures and pre-analytical sample handling should follow published consensus recommendations. The results must be interpreted in the context of the other available history information and assessments. Blood-based biomarkers and other non-invasive markers are expected to become available for clinical practice soon. Consequently, a broader usage of biomarkers is expected and may accelerate the development of individually tailored prevention and treatment approaches. This article provides the recommendations of the Swiss Memory Clinics for the use of biomarkers in clinical practice.

Introduction

Avec plus de 146 500 personnes directement concernées aujourd'hui en Suisse, et ce nombre devant doubler d'ici 2050, les démences représentent l'un des plus grands défis sociaux, économiques et de santé publique. Chaque année, environ 2 à 3 000 nouvelles personnes sont atteintes de démence dans notre pays, avec un diagnostic formel n'étant possible que dans un tiers des cas environ, généralement en un stade avancé de la maladie. Le plus souvent, les démences se développent sous un stade prodromique, le trouble cognitif léger (ou Mild Cognitive Impairment (MCI)). Ce dernier se caractérise par une déficience cognitive objectivable qui interrompt partiellement le degré de stabilité d'une démence. Sur les plans étiologique et pronostique, les troubles cognitifs légers sont très hétérogènes. Dans le contexte d'un diagnostic cognitif, les recommandations nationales et internationales préconisent de poser le diagnostic (et d'explorer) le plus tôt possible. Cela permet d'identifier et de traiter les éventuelles causes modifiables ainsi que des affections psychiques concomitantes. De même, les biomarqueurs sont souvent plus efficaces lorsque le traitement est commencé tôt.^{1,2} De plus, un diagnostic précoce permet aux personnes concernées d'être mieux impliquées dans les processus de décisions, sur la capacité de discernement et souvent prélevée au début d'une démence. Les personnes concernées et leur proches peuvent ainsi être conseillés de manière plus ciblée et soignée dans leur planification concernant le futur type de logement, les soins, ainsi que les aspects financiers et juridiques. Chez les personnes âgées présentant une démence, la maladie d'Alzheimer (MA) est la principale pathologie cérébrale sous-jacente (environ 70% des cas) et constitue donc la cause la plus fréquente de démence.³ Les autres formes fréquentes sont les démences vasculaires, d'autres maladies neurodégénératives comme la maladie à corps de Lewy, les démences fronto-temporales et la démence associée à la maladie de Parkinson. D'autres causes plus rares, mais importantes pour le diagnostic différentiel, sont les démences crépusculaires à une dépendance à l'alko, à une transmission cytosolique, à une infection, à la maladie rétrovirale, à des troubles de circulation du liquide céphalo-rachidien (LCR) (par exemple, une hydrocéphalie à pression normale) et les cas de maladies neuro-inflammatoires (par exemple, la maladie de Crohn et la Sclérose en plaques).⁴ Les recommandations de Swiss Memory Clinics (SMC) sont publiées en allemand, Pop, J. et al. 2022;11(1):737-744.

SEZIONE SCIENTIFICA

BIOMARCATORI DELLE PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE NELLA DIAGNOSI DEI DISTURBI COGNITIVI

REVISIONE E RACCOMANDAZIONI DELLE CLINICHE SVIZZERE DELLA MEMORIA

J. Popp, L. Zullo, L. Sacco, C. Clark, D. Georgescu, M. Burge, E. Mundwiler-Pachlatko, L. Bernasconi & A. Felberker

Introduzione

Con più di 146.500 persone colpite direttamente in Svizzera oggi, il numero destinato a raddoppiare entro il 2050, le demenze rappresentano una delle maggiori sfide sociali, economiche e di sanità pubblica. Ogni anno, circa 2-3.000 nuove persone vengono colpite da demenza nel nostro Paese, tuttavia una diagnosi formale viene fatta solo in circa il metà dei casi, in una fase avanzata della malattia. Le demenze si sviluppano molto spesso attraverso uno stadio prodromico, il disturbo cognitivo lieve (o Mild Cognitive Impairment, MCI), caratterizzato da un deficit cognitivo oggettivabile ma non del grado di severità di una demenza. In termini di etiologia e prognosi, l'MCI è molto eterogeneo. In tale contesto, le linee guida nazionali e internazionali raccomandano di effettuare la diagnosi (etiological) il più precocemente possibile. Ciò consente di identificare e trattare le possibili cause modificabili e le condizioni psicologiche concomitanti. Inoltre, i farmaci sono spesso più efficaci quando il trattamento viene iniziato precocemente e la diagnosi precoce consente di coinvolgere meglio

nel processo decisionale le persone colpite, poiché la capacità decisionale è spesso preservata all'inizio della demenza. Le persone colpite e i loro caregiver possono dunque ricevere consulenze e sostegno mirati nella pianificazione di future questioni abitative, assistenziali, finanziarie e legali. Tra i disturbi cognitivi, la malattia di Alzheimer (MA) è la malattia cerebrale più comune (circa il 70% dei casi) costituendo la causa più frequente di demenza. Altre forme sono le demenze vascolari, le altre malattie neurodegenerative come la malattia a corpo di Lewy, le demenze fronto-temporali e la demenza associata alla malattia di Parkinson. Altre cause più rare, ma importanti per la diagnosi differenziale, sono le demenze deliranti da dipendenza da alcol, traumatiche, infettive, malformative, disturbi della circolazione del liquido cerebrospinale (ad esempio, idrocefalo normale pressione) e casi di malattie autoimmuni o le malattie dei prioni (ad esempio, malattia di Creutzfeldt-Jakob). Spesso, diverse malattie cerebrali concomitanti contribuiscono alla manifestazione e all'evoluzione dei disturbi cognitivi.

La malattia di Alzheimer come sfida diagnostica

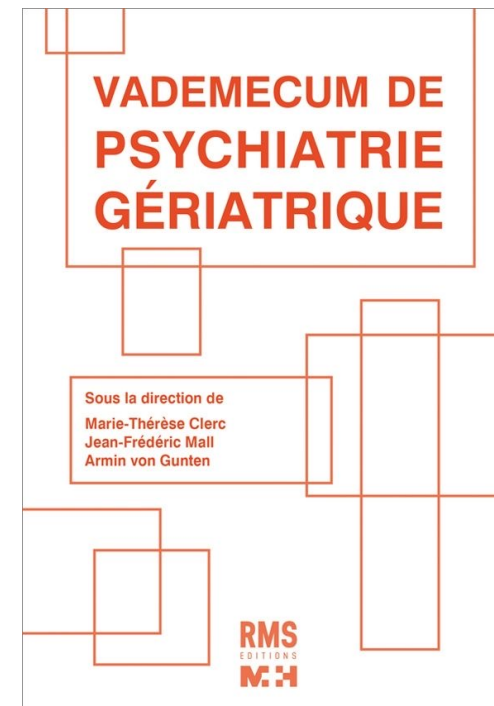
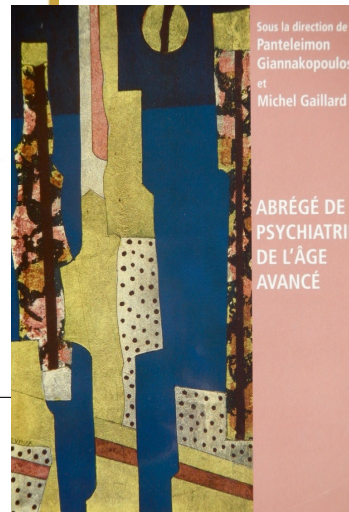
Essendo la causa più comune di demenza, la MA occupa un posto importante nella diagnosi differenziale dei disturbi cognitivi. La PET (o PET) è attualmente disponibile per scopi di ricerca.

La validazione dei metodi per la rilevazione "in vivo" della patologia cerebrale ha portato allo sviluppo di nuovi criteri diagnostici per la MA, che sono sempre più utilizzati nella pratica clinica. Questi criteri conferiscono ai biomarkers un ruolo di supporto importante alla diagnosi. Inoltre, vengono conte il fatto che lo sviluppo della patologia della MA precede di diversi anni il debutto della demenza e che la malattia progredisce clinicamente da stadi asintomatici verso gli stadi della demenza passando per l'MCI. Pertanto, la diagnosi formale o l'esclusione della MA è possibile già nelle prime fasi del decorso clinico della malattia, ossia già a partire dallo stadio di MCI.

© 2022 Hogrefe
 https://doi.org/10.1027/1121-7815/a000710

Corpus romand (livres)

1969



2020

Qualité ASQM, FMPP, art. 58 LAMal

- La FMPP a signé la **charte de qualité** de l'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM)
 - Le corps médical est responsable de la définition de la qualité des prestations médicales
 - "... le bénéfice supplémentaire pour les patients et/ou la société doit être évident et le surcroît de dépenses doit être approprié".
- **Stratégie qualité FMPP**
 - **Indicateurs** de la qualité des structures, des processus et des résultats au niveau de la personne concernée.
 - **Cercle de qualité (recommandations à intégrer !)**
- Le **document de base** du département Données, Démographie et Qualité (DDQ) de la FMH exige une nouvelle initiative de qualité par le biais de la certification (Hostettler S et al. 2020) → **art. 58 LAMal**
 - il y aura des **exigences supplémentaires** pour les institutions psychiatriques

Exigences de qualité pour les établissements de formation postgraduée en PPA

- **Procédures de reconnaissance des établissements de formation** ont été introduites en psychiatrie en 1954.
- Les centres de formation postgraduée sont «visités» et certifiés depuis 2004
- Autres mesures visant à **garantir la qualité de la formation postgraduée des médecins** :
 - **Accréditation des filières de formation postgraduée** (sur la base de la LPMéd) et les recommandations des experts et des autorités d'accréditation qui en découlent
 - **Examen sommatif** de l'atteinte des objectifs de formation (examens de spécialiste ou de formation approfondie)
 - **Concepts de formation postgraduée** des établissements de formation reconnus
 - **Enquête auprès des assistants** (depuis 1998, annuelle depuis 2003)
 - **Certification sporadique** des centres de formation postgraduée, y compris contrôle de la qualité des processus (depuis 2004) → «Visitations»
 - **Évaluation en milieu de travail (Mini-CEX) avec feedback** (depuis 2010)

Nos propres standards de qualité en PPA

060 Originalartikel

Qualitätsstandards in der Alterspsychiatrie

Stefan Klöppel^{1,2}, Armin von Gunten^{1,3} und Dan Georgescu^{1,4}

¹Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Wiggli, Schweiz
²Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Universitäts Psychiatrie Diersma (UPDAG), Universität Gießen, Gießen, Schweiz
³Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age avancé, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Schweiz
⁴Winkler-Klinik für Konsultativ-, Alters- und Neuropsychiatrie, Psychiatrie Diersma Aargau AG (PDAG), Windisch, Schweiz

Zusammenfassung: Qualitätsstandards und -regulierungen gewinnen zunehmend an Bedeutung und werden im Rahmen der Zulassung zur Behandlung, zur Abrechnung und über finanzielle Anreize gefördert. Dabei wird in den gesetzlichen Regelungen der Fokus in jeweils unterschiedlichem Umfang auf Struktur-, Prozess- oder Ergebniskriterien gerichtet. Im Namen der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) fassen wir in diesem Dokument die Qualitätsstandards zusammen und gruppieren die sich daraus ableitenden Vorgaben anhand des Settings (ambulante, intermediäre, stationäre) und der Kriterien der Strukturqualität (Personalstichliste, Infrastruktur). Es besteht eine sehr umfangreiche Anforderungsmatrix, deren Umsetzung nicht zuletzt aufgrund des Fachkräftemangels und beschränkter finanzieller Ressourcen von Institutionen und Ärzten erhebliche Anstrengungen erfordert. Die in der Anforderungsmatrix hinterlegten Kriterien sollten weiterentwickelt und in einer kompetenzbasierten Weiterbildung Alterspsychiatrie verankert werden.

Schlüsselwörter: Qualität, Alterspsychiatrie, Alterspsychotherapie, Altersmedizin, Demenz

Quality Standards in Old Age Psychiatry

Abstract: Quality standards and regulations are becoming increasingly important and are promoted in the context of the permission to treat, to bill and via financial incentives. In this context, the regulatory frameworks focus to varying degrees on structural, process or outcome criteria. On behalf of the Swiss Society for Old Age Psychiatry and Psychotherapy (SGAP), we summarize the quality elements in this document and group the requirements derived from them based on setting (outpatient, intermediate, inpatient) and structural quality criteria (staffing ratios, infrastructure). There is a very extensive requirements matrix, and its implementation requires considerable efforts, not least because of the shortage of specialists and limited financial resources of psychiatric institutions and medical practices. The criteria of the requirements matrix must be further developed and anchored in a "competence-based training in old age psychiatry".

Keywords: Quality, old age psychiatry, old age psychotherapy, geriatric medicine, dementia

Les normes de qualité dans la psychiatrie de la personne âgée

Résumé: Les normes et réglementations en matière de qualité prennent de plus en plus d'importance et sont encouragées dans le cadre de l'admission au traitement, de la facturation et des incitations financières. Dans ce contexte, les réglementations mentionnées mentionnent l'accès, à des degrés divers, sur des critères de structure, de processus ou de résultats. Au nom de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Âgée (SSPPA), nous résumons dans ce document les éléments de qualité et regroupons les exigences qui en découlent en fonction du setting (ambulatoire, intermédiaire, stationnaire) et des critères de qualité structurelle (schémas de répartition du personnel, infrastructure). Il existe une vaste matrice d'exigences dont la mise en œuvre requiert des efforts considérables, notamment en raison de la pénurie de personnel qualifié et des ressources financières limitées des institutions et des cabinets médicaux. Les critères définis dans la matrice d'exigences devraient être développés et ancrés dans une formation postgraduelle en psychiatrie de la personne âgée basée sur les compétences.

Mots-clés: Qualité, psychiatrie de la personne âgée, psychothérapie de la personne âgée, gériatrie, démence

Einleitung

Die Alterspsychiatrie und -psychotherapie (APP) ist gekennzeichnet durch zahlreiche Nahestellen zu anderen medizinischen Fachgebieten (insbesondere Geriatrie und Neurologie) und zu psychologischen Disziplinen (insbesondere Neuropsychologie und Gerontopsychologie), durch sehr unterschiedliche Funktionsniveaus der Patienten

© 2023 Hogrefe

Article original 1

Standards de qualité en psychiatrie de la personne âgée

Stefan Klöppel^{1,2}, Armin von Gunten^{1,3} et Dan Georgescu^{1,4}

¹Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée, Wiggli, Suisse
²Université de Gießen, Gießen, Suisse
³Service universitaire de psychiatrie de l'Age avancé, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse
⁴Clinique de psychiatrie de consultation - liaison, de psychiatrie gériatrique et de neuropsychiatrie, Psychiatrie Diersma Aargau AG (PDAG), Windisch, Suisse

Résumé: Les normes et réglementations en matière de qualité prennent de plus en plus d'importance et sont encouragées dans le cadre de l'approbation des thérapies, de la facturation et des incitations financières. Dans ce contexte, ces réglementations mentionnent l'accès, à des degrés divers, sur des critères de structure, de processus ou de résultats. Au nom de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Âgée (SSPPA), nous résumons dans ce document les éléments de qualité et regroupons les exigences qui en découlent en fonction du setting (ambulatoire, intermédiaire, stationnaire) et des critères de qualité structurelle (schémas de répartition du personnel, infrastructure). Il existe une vaste matrice d'exigences dont la mise en œuvre requiert des efforts considérables, notamment en raison de la pénurie de personnel qualifié et des ressources financières limitées des institutions et des cabinets médicaux. Les critères définis dans la matrice d'exigences devraient être développés et ancrés dans une formation continue en psychiatrie de la personne âgée basée sur les compétences.

Mots-clés: Qualité, psychiatrie de la personne âgée, psychothérapie de la personne âgée, médecine de la personne âgée, démence

Qualitätsstandards in der Alterspsychiatrie

Zusammenfassung: Qualitätsstandards und -regulierungen gewinnen zunehmend an Bedeutung und werden im Rahmen der Zulassung zur Behandlung, zur Abrechnung und über finanzielle Anreize gefördert. Dabei wird in den gesetzlichen Regelungen der Fokus in jeweils unterschiedlichem Umfang auf Struktur-, Prozess- oder Ergebniskriterien gerichtet. Im Namen der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) fassen wir in diesem Dokument die Qualitätsstandards zusammen und gruppieren die sich daraus ableitenden Vorgaben anhand des Settings (ambulante, intermediäre, stationäre) und der Kriterien der Strukturqualität (Personalstichliste, Infrastruktur). Es besteht eine sehr umfangreiche Anforderungsmatrix, deren Umsetzung nicht zuletzt aufgrund des Fachkräftemangels und beschränkter finanzieller Ressourcen von Institutionen und Ärzten erhebliche Anstrengungen erfordert. Die in der Anforderungsmatrix hinterlegten Kriterien sollten weiterentwickelt und in einer kompetenzbasierten Weiterbildung Alterspsychiatrie verankert werden.

Schlüsselwörter: Qualität, Alterspsychiatrie, Alterspsychotherapie, Altersmedizin, Demenz

Quality Standards in Old Age Psychiatry

Abstract: Quality standards and regulations are becoming increasingly important and are promoted in the context of the permission to treat, to bill and via financial incentives. In this context, the regulatory frameworks focus to varying degrees on structural, process or outcome criteria. On behalf of the Swiss Society for Old Age Psychiatry and Psychotherapy (SGAP), we summarize the quality elements in this document and group the requirements derived from them based on setting (outpatient, intermediate, inpatient) and structural quality criteria (staffing ratios, infrastructure). There is a very extensive requirements matrix, and its implementation requires considerable efforts, not least because of the shortage of specialists and limited financial resources of psychiatric institutions and medical practices. The criteria of the requirements matrix must be further developed and anchored in a "competence-based training in old age psychiatry".

Keywords: Quality, old age psychiatry, old age psychotherapy, geriatric medicine, dementia

© 2023 The Author(s). Distributed under the terms of the license CC BY-NC 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Print 2023; 117 (5): 60-66
https://doi.org/10.1026/1617-0008.01105a00066

Klöppel S, von Gunten A, Georgescu D 2022/2023

Critères de **qualité structurelle** de la PPA en milieu hospitalier

Critères professionnels (exemples)

- **Domaine médical**
 - Titre de formation approfondie «Psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée»
- **Domaine non médical**
 - Soins spécialisés en PPA, gérontopsychologues, neuropsychologues, psychothérapeutes de la personne âgée, ergothérapeutes et kinésithérapeutes spécialisés - en partie pas encore de formation postgrade spécifique
- **Offres de formation approfondie et de perfectionnement**
 - Offre de formation postgraduée et continue spécifique pour les groupes professionnels les plus pertinents, basée sur un concept actuel.
 - Offres de formation postgraduée et continue en psychiatrie de la personne âgée, tant théoriques que pratiques

Critères de qualité structurelle de la PPA en milieu hospitalier

- **Offres diagnostiques**

- Mise en œuvre des guidelines
- Mise en réseau avec des domaines spécialisés pertinents (en particulier gériatrie, neuropsychologie, neurologie, soins palliatifs, radiologie, médecine nucléaire, éthique médicale, etc.)
- Processus d'évaluation interdisciplinaire
- Propre clinique de la mémoire ou participation à une clinique de la mémoire

- **Offres thérapeutiques**

- Concepts et processus de traitement interdisciplinaires en lien avec les guidelines/recommandations et la gestion de la qualité
- Ergothérapie/activation thérapeutique, thérapie du mouvement et du sport, physiothérapie (mobilisation)
- Relevé des mesures des résultats et de l'expérience des patients (PROM) et des mesures des résultats rapportés par les cliniciens (CROM)

- **Mesures limitatives de liberté**

- Le traitement des mesures limitatives de liberté fait l'objet d'une vaste réglementation.
- Des définitions contraignantes et adaptées à la PPA (par. ex. pour l'utilisation de mesures limitatives de liberté) font largement défaut jusqu'à présent.

Critères de qualité structurelle de la PPA en milieu hospitalier

Infrastructure et aspects gérontologiques (exemples)

- **Infrastructure accessible** (espaces intérieurs et extérieurs), par ex. architecture, design, concept de couleurs, aides à l'orientation, promotion du mouvement
- Participation, autodétermination, inclusion sont des objectifs essentiels d'une **conception sans barrières** (Dietz 2018)
- Intimité, sécurité émotionnelle et sentiment de sécurité. Préservation de la **sphère privée**
- Maintenir les compétences en se basant sur les ressources et **favoriser ainsi l'autonomie**
- Encourager **l'interaction sociale**, notamment avec des espaces adaptés (espaces semi-publics, zones de détente, salles à manger)
- Offres de **conseil** (social, financier, administratif, juridique, etc.)
- Mise en réseau avec d'autres **organisations consultatives pertinentes**

Liste des hôpitaux du canton d'Argovie



KANTON AARGAU

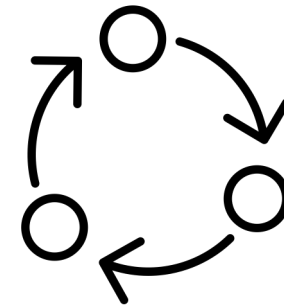
Anhang 8: Leistungsspezifische Anforderungen SPLG Psychiatrie AG (Version 2018.1)

Leistungsspezifische Anforderungen nach Leistungsbereich SPLG-PSY AG 2018.1	Ärztliches und psychologisches Fachpersonal						Sozialtherapeutische Bereiche	Pflege und Pädagogik			Multi-professionelle Zusammenarbeit	Weitere leistungsspezifische Anforderungen			
	Fachärztin / Facharzt (FA-Titel)	FA Verfügbarkeit (Level)	Dienstärzte (ärztlicher Bereitschaftsdienst; Level)	Konsilliantendienst (FA-Titel, Schwerpunkt)	Fachpsychologin / Fachpsychologe (FP-Titel)	Personaltherapeutische Bereiche		Fachleitung Pflege	Pflegepersonal	Sozial- und Sonderpädagogik		Telefonische Erreichbarkeit, Ausnahmefähigkeit, Gewährung von Sicherheit	Leistungsspektrum (Leistungsgruppen)	Prozessanforderungen	Infrastruktur
Erwachsenenpsychiatrie Grundversorgung (ER GRU)	Psychiatrie und Psychotherapie FA/FD mit Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen	2P	A	Allg. Innere Medizin	Psychotherapie obligatorisch, klinische Psychologie oder Neuropsychologie	mind. 1 Fachperson	mind. 1 Fachperson	angestellt (mind. 60 %, zeitlich 365 Tage / 24 Std. verfügbar für mehrere Standorte möglich)	angestellt, zeitlich 365 Tage / 24 Std. verfügbar	---	mind. 1 mal wöchentlich	Gewährleistet. Permanente Möglichkeit zur Aufnahme von Notfallpatienten und zur Durchführung von Fürsorgischen Unterbringungen (FU)	Mindestens: -FA (F10) -FD (F11-F19) -F2 -F3 -F4 -F6	Minimale Prozessanforderungen (MIPA); Frühintervention bei Arbeitsfähigkeit (FIA), Vernetzung und integrierte Versorgung (INT)	- Geschützter Bereich - Notfallstation
Alterspsychiatrie Grundversorgung (AE GRU)	Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Alterspsychiatrie und Psychotherapie	2P	A	Allg. Innere Medizin Schwerpunkt Geriatrie und Neurologie	Neuropsychologie obligatorisch, Psychotherapie oder klinische Psychologie	mind. 1 Fachperson	mind. 1 Fachperson	angestellt (mind. 60 %, zeitlich 365 Tage / 24 Std. verfügbar für mehrere Standorte möglich)	angestellt, zeitlich 365 Tage / 24 Std. verfügbar	---	mind. 1 mal wöchentlich	Gewährleistet. Permanente Möglichkeit zur Aufnahme von Notfallpatienten und zur Durchführung von Fürsorgischen Unterbringungen (FU)	Breites Leistungsspektrum (alle Krankheitsbilder der Altersgruppe ab 65 Jahren)	MIPA, INT, FIA (für Erwachsene im Erwerbsalter mit Demenzerkrankungen)	- auf spezifische funktionale Einschränkungen (Mobilität, Sehvermögen, Kognition) der Patientengruppe ausgerichtete Einrichtung und Gestaltung der Räumlichkeiten (Innen- und Aussenbereich) - Geschützter Bereich - Notfallstation
Kind- und Jugendpsychiatrie Grundversorgung (KI /JU GRU)	Kind- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	2P	A	Kind- und Jugendmedizin	Psychotherapie obligatorisch, klinische Psychologie oder Neuropsychologie	mind. 1 Fachperson	mind. 1 Fachperson	angestellt (mind. 60 %, zeitlich 365 Tage / 24 Std. verfügbar (vgl. Spalte Sozial- und Sonderpädagogik))	angestellt, Fachperson Pflege oder Sozialpädagogik oder Pflege	angestellt, Fachperson Sozialpädagogik oder Pflege	mind. 1 mal wöchentlich	Gewährleistet. Permanente Möglichkeit zur Aufnahme von Notfallpatienten und zur Durchführung von Fürsorgischen Unterbringungen (FU)	Breites Leistungsspektrum (alle Krankheitsbilder der Altersgruppe 0-17 Jahre)	MIPA, INT, FIA (für Jugendliche im Erwerbsalter)	- auf kind- und jugendliche ausgerichtete Einrichtung und Gestaltung der Innen- und Aussenbereiche (Rückzugs-, Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten etc.) ist vorhanden - Spitalschule / Sicherstellung des schulischen Unterrichts - Geschützter Bereich - Notfallstation
Erwachsenenpsychiatrie Elektive Versorgung (ER ELE)	Psychiatrie und Psychotherapie	1P	B		Psychotherapie, klinische Psychologie oder Neuropsychologie	mind. 1 Fachperson	mind. 1 Fachperson	angestellt (mind. 60 %, zeitlich 365 Tage / 24 Std. verfügbar)	angestellt, zeitlich 365 Tage / 24 Std. verfügbar	---	mind. 1 mal monatlich	---	eingeschränktes Leistungsspektrum Falls FA/FD: Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen obligatorisch.	MIPA, FIA, INT	---
Alterspsychiatrie Elektive Versorgung (AE ELE)	Psychiatrie und Psychotherapie	1P	B	Allg. Innere Medizin und Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Alterspsychiatrie und Psychotherapie	Psychotherapie, klinische Psychologie oder Neuropsychologie	mind. 1 Fachperson	mind. 1 Fachperson	angestellt (mind. 60 %, zeitlich 365 Tage / 24 Std. verfügbar)	angestellt, zeitlich 365 Tage / 24 Std. verfügbar	---	mind. 1 mal monatlich	---	Eingeschränktes Leistungsspektrum Falls FD: Schwerpunkt Alterspsychiatrie und Psychotherapie sowie Neuropsychologie obligatorisch	MIPA, INT	Eine auf spezifische funktionale Einschränkungen (Mobilität, Sehvermögen, Kognition) der Patientengruppe ausgerichtete Einrichtung und Gestaltung der Räumlichkeiten (Innen- und Aussenbereich) ist vorhanden.

Departement Gesundheit und Soziales. Abteilung Gesundheit. Kanton Aargau

Influence du TARPSY sur la qualité des soins en PPA

- Les **caractéristiques minimales** (critères de processus et de structure) des codes servent à l'assurance qualité
 - 94.15 Évaluation psychiatrique gériatrique
 - 94.3B Traitement complexe du patient psychiatrique gériatrique polymorbide en soins aigus
 - 94.3C Traitement complexe lors de démence avec complications psychiatriques et psycho-organiques
- Nécessité de recourir à du **personnel spécifiquement qualifié**
- Directives pour l'utilisation et la facturation **d'évaluations et d'échelles définies** (enquête sur le statut cognitif et nutritionnel)



Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)

- Les indicateurs de qualité utilisés se rapportent à la **qualité des résultats**.
- **PPA comme catégorie hospitalière à part entière**
- Avant 2023, mauvaise représentation de la situation de la PPA, situation noyée dans la masse de la psychiatrie générale
 - Absence de distinction entre les isolements sur indication somatique (par ex. coronavirus ou norovirus) et sur indication psychiatrique (par ex. agressivité clastique)
- NB. HoNOS PPA d'entrée et différentiels les plus élevés !! (TARPSY)



Succès de la PPA / Bénéfices d'une SPPA forte

- **La reconnaissance du titre de formation approfondie en psychiatrie de la personne âgée, et donc de la société de discipline médicale, par la Chambre médicale suisse en 2005 a été déterminante.**
- Médecins-chefs avec fonction de membre de la direction dans quelques cliniques psychiatriques, nombreux médecins-chefs en PAA dans les cliniques
- **33 établissements de formation postgraduée reconnus par l'ISFM**
- **Chaires (professeurs ordinaires)** dans les universités de Lausanne, Genève et Berne
- **Chaque psychiatre fait 6 mois de PPA**
- Prix d'encouragement Jean Wertheimer (depuis 2010)
- **ANQ** : groupe d'experts en PPA depuis 2020 et **catégorie de clinique propre** depuis 2023
- Stratégie nationale en matière de démence 2014 - 2019 : participation active et plusieurs directions de projet
- Depuis 2004 - Intervention OFS (SSPP, OFSP) pour le codage SCPD
- **2008 - Co-fondation de la SMC**, actuellement 45 centres de la mémoire, couvrant l'ensemble du pays
- Depuis 2014 - **Guidelines** couvrant une vaste partie du domaine avec mises à jour
- 2016 - Codes CHOP spécifiques pour la PAA
- 2018 - Chapitre TARDOC

Evolution clinique
Défis à l'avenir



PPA de consultation et de liaison

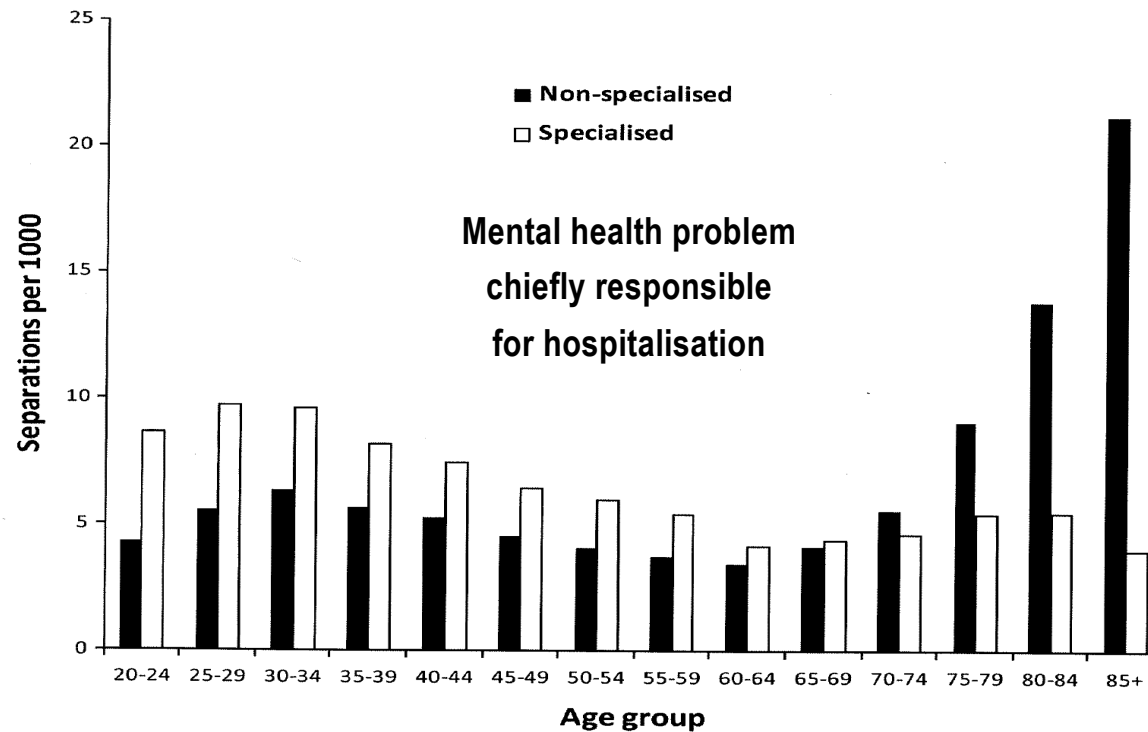


Figure 1. Annual specialized and non-specialized psychiatric hospital separations by age (2001-02 to 2005-06)

En CH,
la PPA sera,
à l'avenir,
de plus en
plus une PPA
de consultation
et de liaison.

Pratique clinique I

85 ans («oldest old»)

Multiples diagnostics

Capacité fonctionnelle réduite

Prévalence élevée de la démence

(amélioration cognitive comme effet cohorte *)

→ **Symptômes Comportementaux
et Psychiques des Démences !**

Analyse systémique (en général)

Futur de l'assistance technologique

65 – 75 ans (young old)

Vulnérabilité affective augmentée

- Adaptation à la réalité de la retraite avec crise identitaire (passagère), perte du soutien affectif, migration, taux de divorce augmenté etc.)

**Effet de cohorte *: changement du profil
psychologique**

- « emotional dyscontrol pathology »
- Dépendance comme refuge émotionnel (OH, substances psycho-actives, cyber-dépendance)

Développer psychothérapie / de son accès

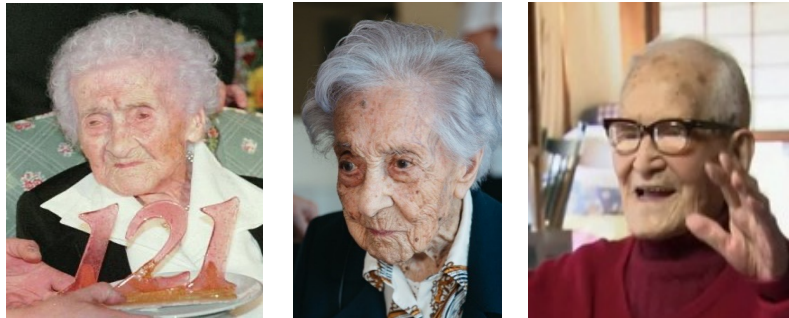
Psychiatrie gériatrique ≠ démentologie

* Christensen et al. *Lancet* 2013 ; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60777-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60777-1) ; ** Giannakopoulos. *Editorial. Dans: Giannakopoulos et Gaillard. Méd Hyg* 2010 ;

Pratique clinique II

4^{ème} / 5^{ème} âge

Extrêmes des sous-groupes I und II



Swiss100

< 65 ans

Groupe populationnel caractérisé par une vulnérabilité élevée et un vieillissement précoce en raison de :

Pathologie organique

Déficience intellectuelle

Toxicodépendances

etc.



Jeanne Calmant 122 ; Jiroemon Kimura 116 ; Maria Branyas Morera 116 (personne vivante actuellement la plus âgée)

PPA académique et PPA spécialisée

- **Viellissement précoce**
- **Grand âge**
- **Addiction**
- **Forensique**
- **Migration**
- **Autre**

Recherche dans tous les domaines

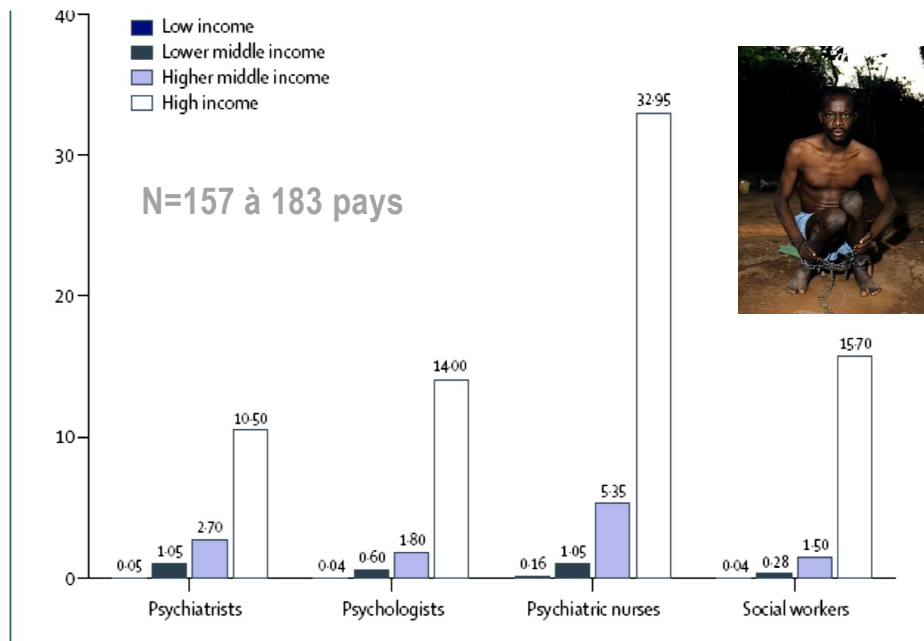
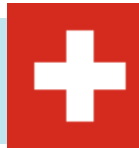
- **Epidémiologie**
- **Etiopathogénie**
- ...
- **Assistance technologique**
- **Thérapeutique**
 - **Psychothérapie**
 - **Psychopharmaco**
 - **Neuromodulation**
 - ...

La PPA sera académique ou elle ne sera pas.

Mental health gap (mhGAP)



et Swiss mhGAP



Nombre plus élevé de pathologies mentales à l'âge avancé, relatif à l'âge adulte plus jeune

SmhGAP

Personnes âgées :

- Moins souvent traitées
- Moins bien traitées
- Moins souvent traitées par des spécialistes

Figure 2: Human resources for mental health in each income group of countries per 100 000 population

Les défis de la PPA et de la SPPA

Défis permanents et futurs

- Pénurie de personnel qualifié, en particulier dans les soins PPA (pénurie de soins)
- Lutte contre la "double / triple stigmatisation" (âge [«ageism»] et maladie mentale / et pauvreté)
- Délimitation et lutte pour les ressources avec la psychiatrie générale des adultes, la gériatrie et la neurologie
 - Tentative de limiter la PPA au traitement de la démence (SCPD) et aux «vieux vieux».
- Remise en question de l'importance de la PPA
 - Les patients âgés sont moins bien traités dans les services de psychiatrie générale («ageless», «age-inclusive», «age-blind») que dans les services spécialisés de PPA
 - l'égalité des droits («age equality») par rapport à la discrimination («age blindness»), la stigmatisation et la dévalorisation

L'avenir de la PPA

«The future of psychiatry depends greatly upon its leaders, especially its academic leaders: their beliefs and commitments will, to a considerable extent, determine the future of the specialty.»

La PPA en CH sera une psychiatrie

- ... dont l'importance augmente parallèlement au changement démographique
- ... allant vers le patient et de type «consultation et de liaison»
- ... universitaire devant s'affirmer plus sur le plan scientifique
- ... **aura une raison d'être aussi longtemps que l'âgisme en santé mentale perdure.**



PDAG

dan.georgescu@pdag.ch

