



7e Congrès de la SF3PA • Juin 2026

PSYCHOTRAUMATISME • PERSONNE ÂGÉE • TROUBLES NEUROCOGNITIFS

Appréhender le *psychotraumatisme* chez les personnes âgées

Développement d'une grille d'évaluation clinique rapide pour le trouble du stress post-traumatique chez la personne âgée avec troubles neurocognitifs.

Sophie Blicher¹ • Karine Malfroy² • Emmanuel Monfort³

¹ Unité Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé – Pôle de Psychiatrie, CH Roanne

² Pôle de Gériatrie – Centre Hospitalier de Roanne

³ Univ. Grenoble Alpes, CNRS, TIMC, 38000 Grenoble



Trois manifestations *cardinales* du TSPT

6

i. Reviviscences

Le trauma fait retour, malgré le patient

- Flashbacks intrusifs
- Cauchemars répétés
- Détresse à la remémoration

ii. Évitement

Toute la vie se réorganise autour du trauma

- Fuite des situations rappel
- Retrait social
- Émoussement affectif

iii. Hyperactivation

Le système d'alerte reste bloqué en marche

- Troubles du sommeil
- Irritabilité, sursauts
- Hypervigilance

LE CONSTAT CLINIQUE

Le TSPT est fréquemment sous-diagnostiqué chez la personne âgée

Particulièrement en présence de troubles neurocognitifs, où la symptomatologie se confond avec d'autres tableaux

POPULATION

Sujets âgés

COMORBIDITÉ

Troubles
cognitifs

DÉTECTION

Insuffisante

QUESTION

Pourquoi ?

Böttche, M., Kuwert, P., & Knaevelsrud, C. (2012). PTSD in older adults: overview of characteristics and treatment approaches. *Int. J. Geriatric Psychiatry*, 27(3), 230–239.

Glaesmer, H., Kaiser, M., Braehler, E., Freyberger, H. J., & Kuwert, P. (2012). PTSD and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly. *Aging & Mental Health*, 16(4), 403–412.

Pless Kaiser, A., Cook, J. M., Glick, D. M., & Moye, J. (2019). Posttraumatic stress disorder in older adults : A conceptual review. *Clinical Gerontologist*, 42(4), 359–376.

Sobczak, S., Olf, M., Rutten, B., Verhey, F., & Deckers, K. (2021). Comorbidity rates of PTSD in dementia: a systematic literature review. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 12(1).

QUATRE RAISONS D'UN ANGLE MORT

Pourquoi le TSPT échappe-t-il au diagnostic ?

01 Expression somatique²

Douleurs chroniques, fatigue, troubles du sommeil — le corps parle avant la psyché

02 Confusion avec le vieillissement

Repli, lenteur, troubles cognitifs : attribués au vieillissement « normal »

03 Comorbidités masquantes

Dépression, anxiété, déclin cognitif — captent le diagnostic à eux seuls

04 Symptômes attribués à la démence

Reviviscences et agitation relus comme troubles psycho-comportementaux.

→ *Besoin d'un outil de dépistage rapide et adapté*

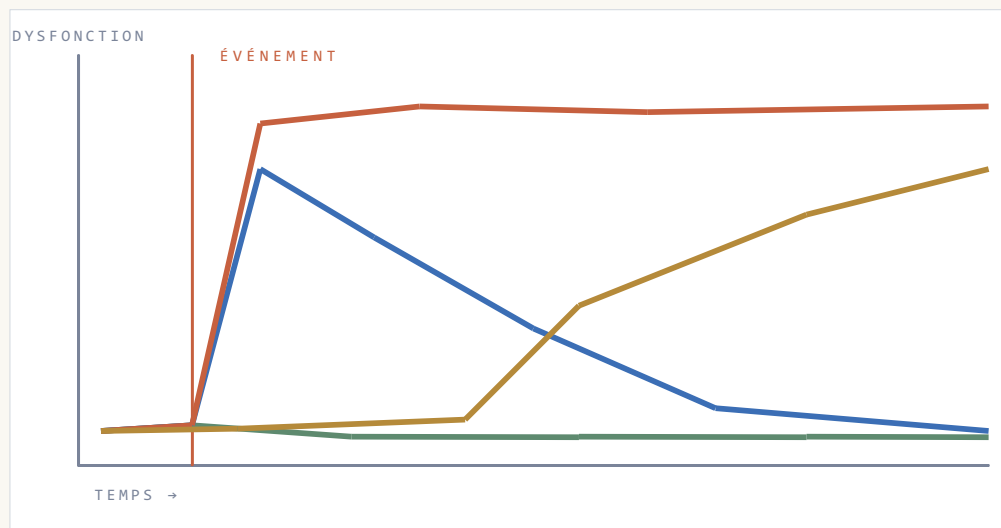
HYPOTHÈSE DE TRAVAIL

Dallam, D. L., Mellman, T. A., Bhatnagar, A., Nguyen, S., & Kurukumbi, M. (2011). Trauma reenactments in aging veterans with dementia. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 59(4), 766–768.

Ruisch, J. E., Nederstigt, A. H. M., van Alphen, S. P. J., Sobczak, S., et al. (2023). Treatment of PTSD in people with dementia: a structured literature review. *Psychogeriatrics*, 23(3), 523–537.

ÉVOLUTION À LONG TERME • BONANNO, 2004

Quatre trajectoires après le traumatisme



- Résilience ~ 70 %
Retour rapide au fonctionnement antérieur

- Récupération ~ 15 %
Symptômes initiaux puis rémission progressive

- Chronicité ~ 10 %
Symptômes persistants, évitement durable

- Survenue différée ~ 5 %
Émergence tardive — pertinente chez la PA

FIG. 1 • TRAJECTOIRES POST-TRAUMA — D'APRÈS BONANNO (2004, 2021)

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, 59(1), 20–28.

AUTOPSIE PSYCHOLOGIQUE · ÉTUDE EXPLORATOIRE

Une première cohorte âgée avec troubles neurocognitifs

16

PATIENTS · COHORTE
DE 85

ÂGE MOYEN

85,8 ans

min. 70 — max. 97

AVEC ÉVÉNEMENT

12 / 16

identifié au dossier

FEMMES

12 / 16

75 % de la cohorte

PROFILS CLINIQUES

5 profils

identifiés par typologie

01 · APPROCHE

Analyse rétrospective

Relecture systématique des
dossiers patients

02 · IDENTIFICATION

Expositions non détectées

Repérage des événements anciens
et récents

03 · OBSERVATION

Signaux comportementaux

Examen des manifestations psycho-
comportementales

04 · CONSTRUCTION

Grille en 6 dimensions

Cotation 0–2 par item · score total 0 — 12

SIX DIMENSIONS • COTATION 0-2 • SCORE 0-12

La grille d'évaluation clinique rapide

01	Événement traumatisant	0 absent • 1 probable • 2 certain
02	Modifications comportementales	0 absent • 1 probable • 2 certain
03	Reviviscence	0 absent • 1 probable • 2 certain
04	Évitement	0 absent • 1 probable • 2 certain
05	Comorbidités psychiatriques	0 absent • 1 probable • 2 certain
06	Soutien social (inversé)	2 absent • 1 partiel • 0 présent
Σ	Score total	0 – 12

INTERPRÉTATION DES SCORES

Trois paliers, trois conduites à tenir

SCORE 0 – 3

Risque faible

Surveillance et soutien de base ;
pas d'investigation spécialisée à
ce stade

SCORE 4 – 6

Risque modéré

Évaluation approfondie :
entretien dédié, recherche de
comorbidités

SCORE 7 – 12

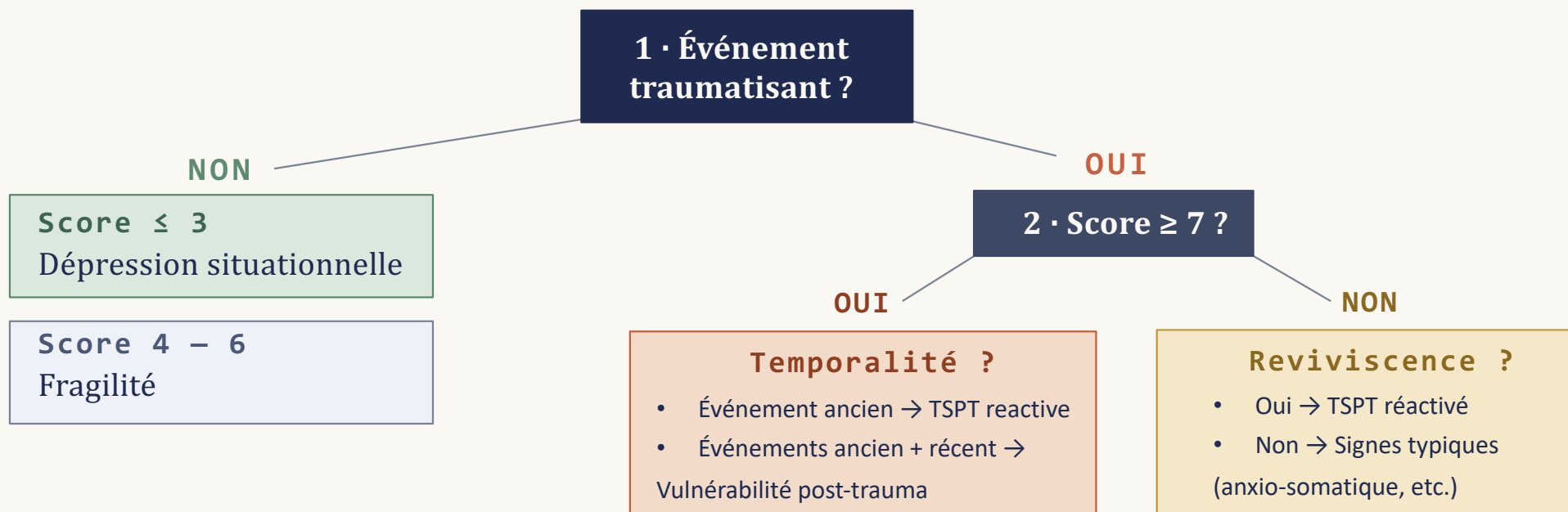
Risque élevé

Orientation spécialisée :
consultation de
psychotraumatologie

Un outil de tri, pas de diagnostic — il oriente la décision clinique.

ARBRE DE DÉCISION • SEUIL 7

Une logique hiérarchique pour classifier les profils



Principe : le seuil 7 sépare les cas graves (analysés par temporalité) des cas modérés (analysés par reviviscence)

LOGIQUE HIÉRARCHIQUE

DISCRIMINATION • CORRÉLATION

L'outil *discrimine* et tient en clinique

DISCRIMINATION DES GROUPES

Avec événement (n = 12)	Sans événement (n = 4)
----------------------------	---------------------------

6,25/12

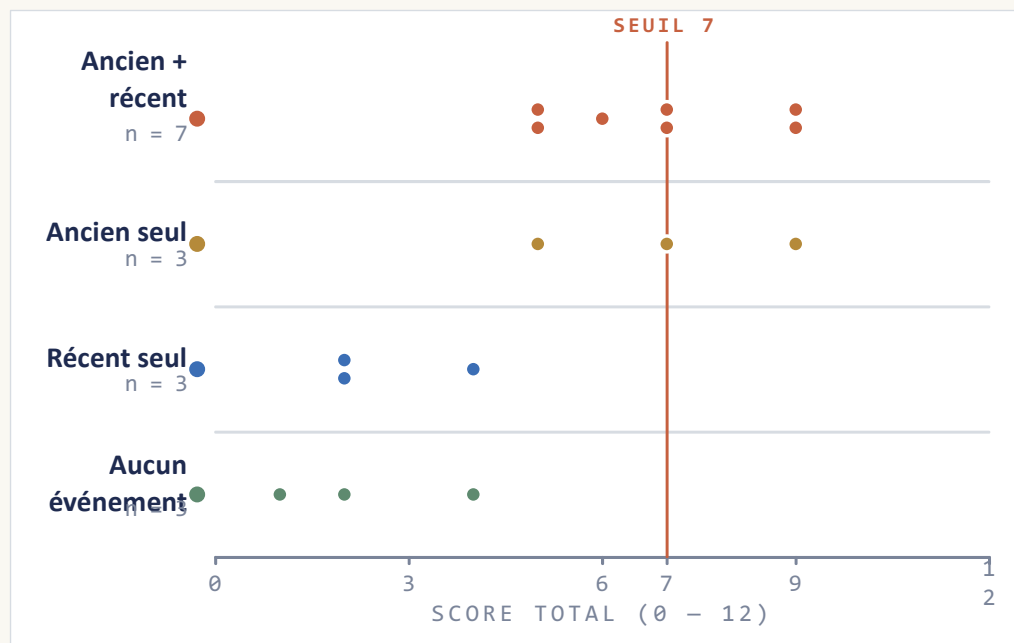
2,25/12

Écart moyen de **+4,0 points** entre patients exposés et non-exposés à un événement traumatique identifié

UTILISABILITÉ CLINIQUE

Utilisable malgré les troubles cognitifs sévères (observation comportementale) · identification précoce du risque élevé · détection des TSPT différés ou réactivés.

SCORE TOTAL × TYPE D'EXPOSITION



Lecture : 6 des 7 patients « ancien + récent » dépassent le seuil 7. Les patients sans événement restent sous 4

LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE

Une lecture critique...

LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

- × **Échantillon N = 16**
Étude exploratoire / pilote · puissance statistique limitée
- × **Validation psychométrique**
Pas de comparaison gold standard (PCL-5, CAPS-5)
- × **Seuils empiriques**
Cut-offs 0–3 / 4–6 / 7–12 basés sur distribution, non sur ROC
- × **Design transversal**
Pas de suivi longitudinal · biais de rappel possible
- × **Pas de groupe contrôle**
Comparaison population âgée sans TSPT non réalisée

FORCES DE L'ÉTUDE

- ✓ **Population sous-étudiée**
TSPT chez > 85 ans · rarement investigué dans la littérature
- ✓ **Outil pragmatique**
Simple, rapide, utilisable malgré troubles cognitifs sévères
- ✓ **Perspective life-span**
Intègre traumas anciens (> 50 ans) souvent négligés
- ✓ **Approche multidimensionnelle**
Critères DSM-5 + facteurs contextuels (comorbidité, soutien)
- ✓ **Implications cliniques**
Profils orientent stratégies thérapeutiques différenciées

APPORTS & PERSPECTIVES

Ce que l'outil apporte - et ce qui reste à faire

APPORTS DE L'OUTIL

- ✓ Identification précoce des processus post-traumatiques.
- ✓ Discrimination efficace des niveaux de risque.
- ✓ Stratification en 5 profils cliniques distincts.
- ✓ Adaptation aux troubles neurocognitifs sévères.

PERSPECTIVES

- Validation psychométrique (N > 100, multicentrique).
- Confrontation aux gold standards (PCL-5, CAPS-5).
- Étude longitudinale · trajectoires post-trauma.
- Manuel de cotation détaillé pour standardisation.

DISCUSSION OUVERTE

Merci pour votre attention

Sophie Blicher, Karine Malfoy, Emmanuel Monfort.

Unité Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé — CH Roanne · CNRS TIMC Grenoble.

CONTACT

blichersophie@laposte.net

CONGRÈS

7e Congrès de la SF3PA

