



Pôle
ΨPA

Dr M. Herrmann
Service Ambulatoire Pôle
Psychiatrie de la Personne
Âgée
Pôle Est - Consultation
Mémoire

EVOLUTION DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES SÉVÈRES AVEC LE VIEILLISSEMENT ET PARTICULARITÉS DE PRISE EN SOINS

15 avril 2022



CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun dans le cadre de cette présentation

Investigateur associé étude Lundbeck 17354N (2018-2019)

INTRODUCTION

Troubles psychiatriques sévères

Schizophrénie

Troubles
bipolaires

INTRODUCTION

Schizophrénie

Troubles
bipolaires

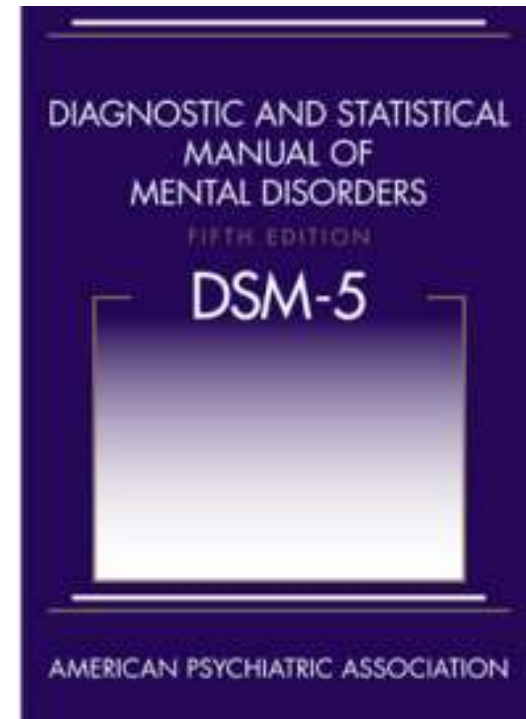
Au moins 2 critères (dont 1*) parmi les 5 suivants

- Idées délirantes*
- Hallucinations*
- Discours désorganisé*
- Comportement désorganisé
- Symptômes négatifs

Evolution des symptômes depuis au moins 1 mois



600 000 (France)



INTRODUCTION

Schizophrénie

Troubles
bipolaires

Trouble de l'humeur d'évolution cyclique

Alternance de

- Périodes d'élévation de l'humeur (excitation / euphorie / irritabilité)
- Périodes dépressive.

TB I : au minimum 1 accès maniaque ou mixte,

TB II : au minimum 1 EDM et un épisode hypomaniaque



1 600 000 (France)

QUEL VIEILLISSEMENT POUR LES PERSONNES AVEC TROUBLES PSYCHIATRIQUES SÉVÈRES ?

?

POURQUOI N'EN SAIT-ON (PRESQUE) RIEN ?

Surmortalité X2
Wahlbeck, 2011

Espérance de vie
8 à 10ans
inférieure

Suicidalité
CV++
Cancer

Hausse de
l'espérance de
vie

Table 1. The number of persons and deaths for the schizophrenia cohort and the Finnish general population aged 16 years and older. *N* of the schizophrenia cohort is calculated as those included in the cohort at any time point during the calendar year

Year of death	1984	1994	2004	2014	Change from 1984 to 2014 (percentage points)
Schizophrenia					
<i>N</i>	34 809	39 994	42 712	42 343	
All cause deaths (% of population)	790 (2.3%)	1036 (2.6%)	1048 (2.5%)	1236 (2.9%)	
Suicides (% of all deaths)	128 (16.2%)	108 (10.4%)	63 (6.0%)	49 (4.0%)	−12.2 pp
Cardiovascular deaths (% of all deaths)	333 (42.2%)	383 (37.0%)	403 (38.5%)	416 (33.7%)	−8.5 pp
Cancer deaths (% of all deaths)	106 (13.4%)	159 (15.3%)	170 (16.2%)	229 (18.5%)	+5.1 pp
Other causes (% of all deaths)	223 (28.2%)	386 (37.3%)	412 (39.3%)	542 (43.9%)	+15.7 pp
Mean age at death (all cause)	57.6	64.0	66.0	70.1	+12.5 years
General population					
<i>N</i>	3 877 129	4 061 963	4 257 252	4 515 838	
All cause deaths (% of population)	44 444 (1.1%)	47 514 (1.2%)	47 280 (1.1%)	51 971 (1.2%)	
Suicides (% of all deaths)	1223 (2.8%)	1379 (2.9%)	1055 (2.2%)	787 (1.5%)	−1.3 pp
Cardiovascular deaths (% of all deaths)	23 793 (53.5%)	22 130 (46.6%)	19 638 (41.5%)	19 551 (37.6%)	−15.9 pp
Cancer deaths (% of all deaths)	9431 (21.2%)	9766 (20.6%)	10 468 (22.1%)	11 890 (22.9%)	+1.7 pp
Other causes (% of all deaths)	9997 (22.5%)	14 239 (30.0%)	16 119 (34.1%)	19 743 (38.0%)	+15.5 pp
Mean age at death (all cause)	70.9	72.3	74.5	77.5	+6.6 years

Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study

A. Tanskanen^{1,2}, J. Tiihonen^{1,2,3}
H. Taipale^{1,2,4}

Acta Psychiatr Scand 2018; 1–8
All rights reserved
DOI: 10.1111/acps.12913

POURQUOI N'EN SAIT-ON (PRESQUE) RIEN ?

Premier épisode
psychotique
inaugural d'une
schizophrénie

Femme, 25ans
Episode délirant avec
hallucinations acoustico-
verbales, persécutoires

Encéphalite
auto-immune

Hétérogénéité
étiologique

DFT génétique

POURQUOI N'EN SAIT-ON (PRESQUE) RIEN ?

	Onset	Course type	End state	Percent (n=228) ¹
1.	Acute	Undulating	Recovery or mild	25.4
2.	Chronic	Simple	Moderate or severe	24.1
3.	Acute	Undulating	Moderate or severe	11.9
4.	Chronic	Simple	Recovery or mild	10.1
5.	Chronic	Undulating	Recovery or mild	9.6
6.	Acute	Simple	Moderate or severe	8.3
7.	Chronic	Undulating	Moderate or severe	5.3
8.	Acute	Simple	Recovery or mild	5.3

¹ In 61 cases (25.1 percent of 228) onset, course type, or end state could not be determined with certainty.

33 à 50%
d'évolution
favorable

Hétérogénéité
de l'évolution

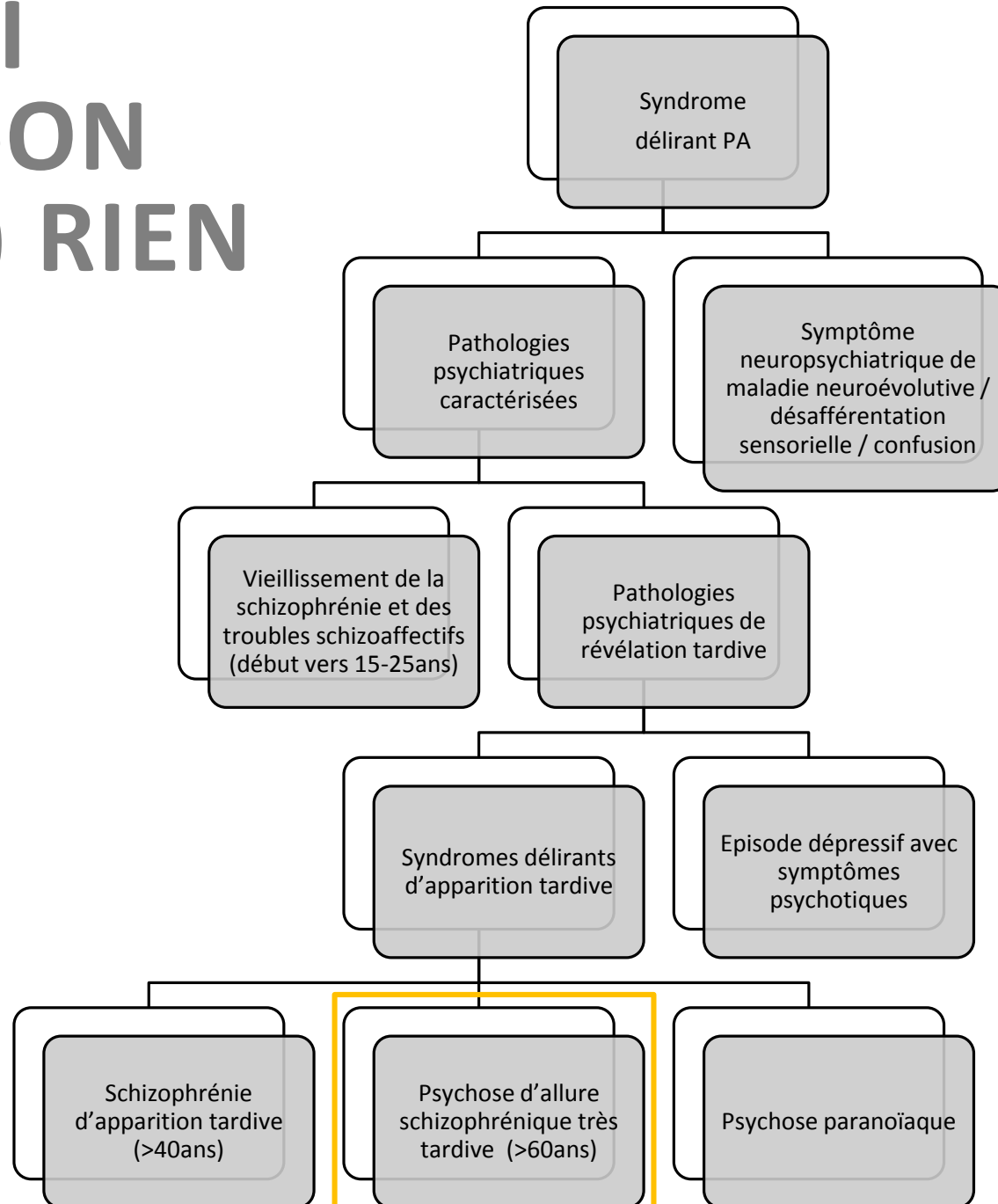
Fonction de
Physiopathologie
Nombre de
rechute

Prise en soins
Milieu
Niveau de
stimulation

Bleuer, 1972: Ciompi, 1980

POURQUOI N'EN SAIT-ON (PRESQUE) RIEN ?

Hétérogénéité
en fonction de
l'âge de début



Diagnostic de
TNC à 5ans dans
50% des cas

POURQUOI N'EN SAIT-ON (PRESQUE) RIEN ? VIGNETTE CLINIQUE

Femme de 62 ans adressée pour avis psychiatrique pour troubles du comportement dans le cadre d'une psychose chronique

En consultation:
Instable, logorrhéique,
irritable, propos diffluent
et répétitifs, stéréotypies
gestuelles

Présentation déficitaire :
apathique, incurie,
tendance hyperphagique
**Syndrome dysexécutif
comportemental**

POURQUOI N'EN SAIT-ON (PRESQUE) RIEN ? VIGNETTE CLINIQUE

35 ans

Episode dépressif réactionnel à une rupture sentimentale.

35 à 50 ans

RAS

50 à 60 ans

Hospitalisation en psychiatrie pour « décompensation psychotique » suivie de plusieurs autres hospitalisations jusqu'à l'âge de 60 ans (TS par IMV et défenestration, EDM, etc...)

Depuis l'âge de 60 ans

Diminution de l'autonomie et des habilités pour la vie quotidienne

Syndrome
dépressif/trouble de
personnalité
émotionnellement
labile

Bipolarité

Psychose chronique

Psychose Déficitaire

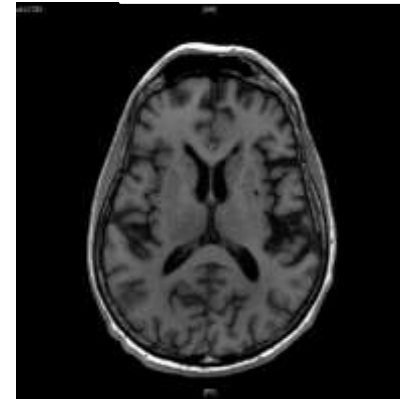
POURQUOI N'EN SAIT-ON (PRESQUE) RIEN ? VIGNETTE CLINIQUE

Evaluation neuropsychologique difficile

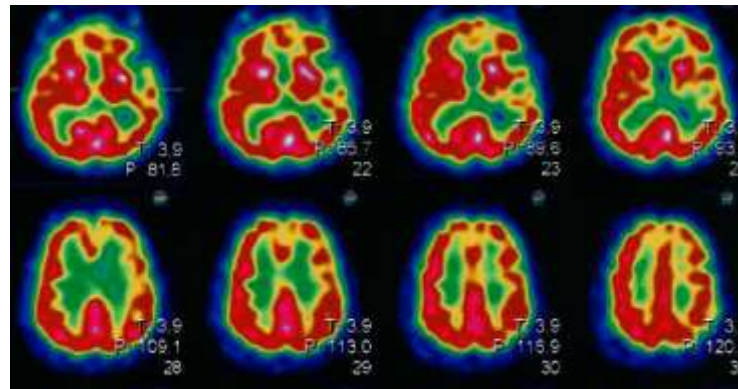
Troubles attentionnels ++,
syndrome dysexécutif
Perturbation de la mémoire
épisode
Aphasie anomique,
possible perte des concepts



2014



2016



Imagerie cérébrale

IRM: discrète atrophie
frontale gauche

PET-Scan: Hypo-
métabolisme gauche

DFT Probable

POURQUOI N'EN SAIT-ON (PRESQUE) RIEN ? VIGNETTE CLINIQUE

Aggravation des SNP: hospitalisation en UCC

Dans un 1^{er} temps, symptomatologie frontale au 1^{er} plan avec idées fixes, impatience, avec une présentation infantile, patiente très adhésive vis-à-vis des soignants reproduisant la symptomatologie d'avec son mari. Intolérance à la frustration avec des éléments de régression (tape du pied par terre, pleure). Comportement frontal répétitif d'ouverture de placard, faire son lit de manière itérative, changer ses vêtements, gloutonnerie qui nécessite une surveillance lors des repas pour limiter le risque de fausse route. Le tout s'accompagne d'une anxiété importante avec sensation d'oppression.

Nous avons modifié la répartition du traitement psychotrope qui était concentré le soir, en le répartissant sur la journée. Cela a amélioré de façon très significative la patiente, beaucoup plus facilement accessible, dans l'échange. Elle a pu être réévaluée sur le plan psychiatrique. La patiente ne verbalise pas de tristesse de l'humeur, les fonctions instinctuelles

P tau totale: 523 (N < 315)

P tau : 84 (N<54)

A β 42: 680 (N < 770)

MA biologique

POURQUOI N'EN SAIT-ON (PRESQUE) RIEN ? VIGNETTE CLINIQUE 2

Femme de 70ans adressée en hospitalisation

Accès maniaque :
mégélormanie, insomnie,
excitation
comportementale

Pas d'atcd psy, mais
tempérament
hyperthymique



Excellente réponse au
valproate

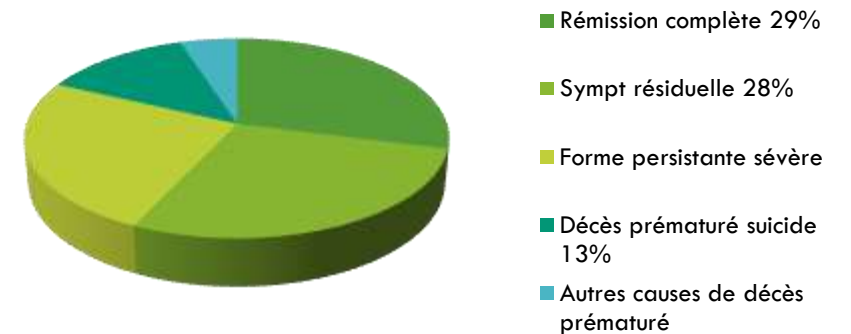
MMSE = 28/30
IRM ?

EVOLUTION CLINIQUE ?

Tableau clinique classique de la schizophrénie (syndrome délirant, dissociatif, symptômes négatifs avec trouble des interactions sociales)

- Enkystement/diminution du syndrome délirant
- Prédominance/majoration de la symptomatologie négative
- Réactivation aigue possible
 - Changement des habitudes/ritualisation
 - Modification inadaptée du traitement
 - Comorbidité neurodégénérative ou confusion
- Rémission

Evolution de la schizophrénie à début précoce



EVOLUTION CLINIQUE ?

Vieillessement d'un trouble bipolaire de survenue précoce

- Peu de modification clinique avec le vieillissement
- Intensité des symptômes notamment maniaque serait moindre (discuté)
- Plus d'épisodes mixtes ? (discuté)
- Virage dépressif plus fréquent au décours d'un épisode maniaque

Bipolarisation tardive d'un trouble dépressif récurrent

- Peu de différence sur la présentation clinique de la manie (intensité moindre ?)

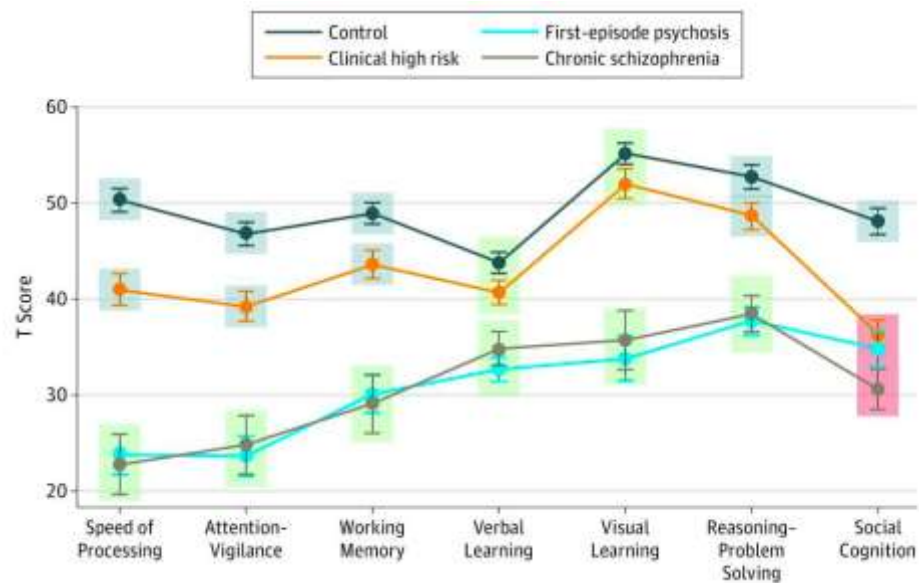
Evolution cognitive ?

EVOLUTION COGNITIVE ?

Cognitive Impairment in Never-Medicated Individuals on the Schizophrenia Spectrum

Rodolfo Solís-Vivanco, PhD

JAMA Psychiatry May 2020 Volume 77, Number 5



Troubles
cognitifs quasi-
systématiques

Schizophrénie >
Trouble bipolaire

Associés
handicap
social/niveau de
fonctionnement

Variabilité
interindividuelle
++

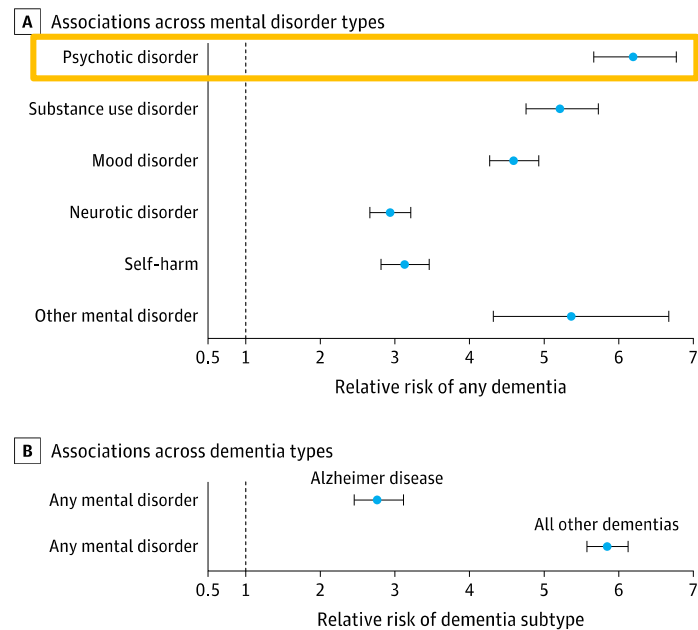
EVOLUTION COGNITIVE ?

JAMA Psychiatry | [Original Investigation](#)

Published online February 16, 2022

Longitudinal Associations of Mental Disorders With Dementia 30-Year Analysis of 1.7 Million New Zealand Citizens

Leah S. Richmond-Rakerd, PhD; Stephanie D'Souza, PhD; Barry J. Milne, PhD; Avshalom Caspi, PhD;
Terrie E. Moffitt, PhD



Risque TNC
x4,24

TNC 5,6ans plus
jeune

Variable fonction
des troubles et
étiologie TNC



n=1 700 000 ; 1928-1967
Suivi 30ans

EVOLUTION COGNITIVE ?

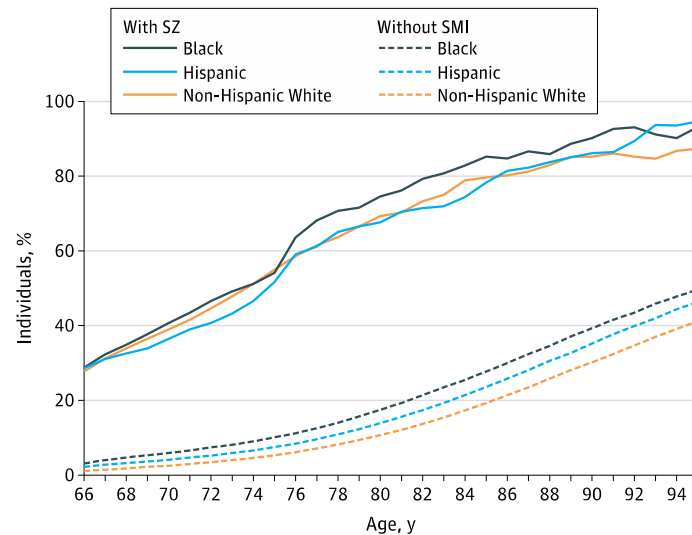
JAMA Psychiatry | [Original Investigation](#)

Age-Specific Prevalence and Incidence of Dementia Diagnoses Among Older US Adults With Schizophrenia

T. Scott Stroup, MD, MPH; Mark Olfson, MD, MPH; Cecilia Huang, PhD; Melanie M. Wall, PhD; Terry Goldberg, PhD;
Davangere P. Devanand, MD; Tobias Gerhard, PhD

JAMA Psychiatry June 2021 Volume 78, Number 6

Figure 1. Prevalence of Dementia Diagnoses by Age and Race/Ethnicity in Cohorts With Schizophrenia (SZ) and Without Serious Mental Illness (SMI)



n=8 011 773 ; 66+

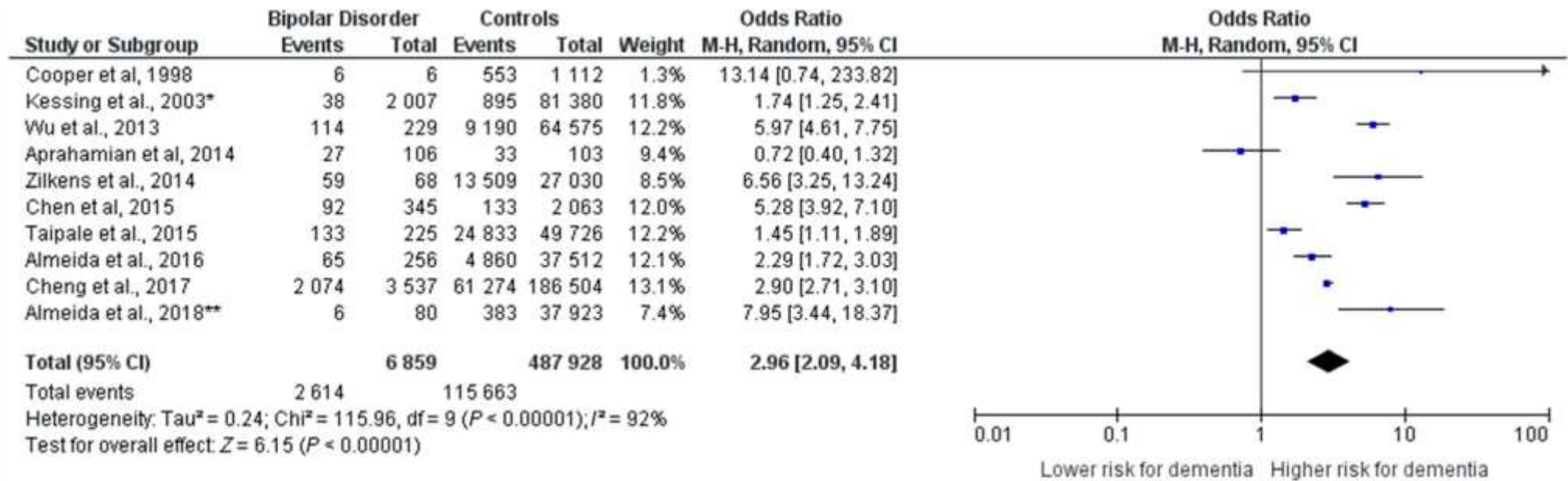
A 66ans TNCM
27,9% (SZ) vs
1,3%

A 80ans
70,2% (SZ) vs
11,3%

Prévalence à
66ans (SZ)
équivalent à celle
à 88ans

Systematic Review Or Meta-Analysis

Risk of dementia in bipolar disorder and the interplay of lithium: a systematic review and meta-analyses

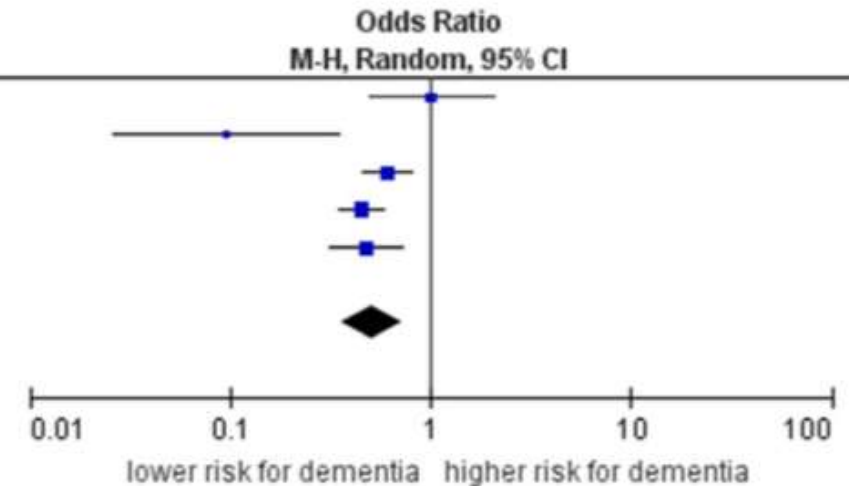
Fig. 2. Forest plot of the meta-analysis of BD as risk factor for dementia. [Colour figure can be viewed in the online version, which is available at <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.13153>]

OR = 2,96

Systematic Review Or Meta-Analysis

Risk of dementia in bipolar disorder and the interplay of lithium: a systematic review and meta-analyses

Study or Subgroup	Lithium		Non-lithium		Weight	Odds Ratio M-H, Random, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
Angst et al., 2007	14	77	26	144	13.8%	1.01 [0.49, 2.07]
Nunes et al., 2007	3	66	16	48	5.8%	0.10 [0.03, 0.35]
Kessing et al., 2010	84	2 449	132	2 407	28.1%	0.61 [0.46, 0.81]
Gerhard et al., 2015	64	3 766	1 377	37 485	29.1%	0.45 [0.35, 0.58]
Cheng et al., 2017	32	125	1 431	3 412	23.2%	0.48 [0.32, 0.72]
Total (95% CI)		6 483		43 496	100.0%	0.51 [0.36, 0.72]
Total events	197		2982			
Heterogeneity: $\tau^2 = 0.09$; $\chi^2 = 12.47$, $df = 4$ ($P = 0.01$); $I^2 = 68\%$						
Test for overall effect: $Z = 3.86$ ($P = 0.0001$)						



OR = 0,5

EVOLUTION COGNITIVE ?



Emil KRAEPELIN
(1856-1926)

Dementia
Praecox

Démences
vésaniques



Philippe PINEL
(1745-1826)

EVOLUTION COGNITIVE ?

Composante
neuro-
développementale

Composante
neuro-
dégénérative

EVOLUTION COGNITIVE ?

Composante
neuro-
développementale

Composante
neuro-
dégénérative

Pathologie
neuro-
dégénérative
surajoutée

Processus
involutif propre à
la pathologie

EVOLUTION COGNITIVE ?

Composante
neuro-
développementale

Composante
neuro-
dégénérative

JAMA Psychiatry | [Original Investigation](#)

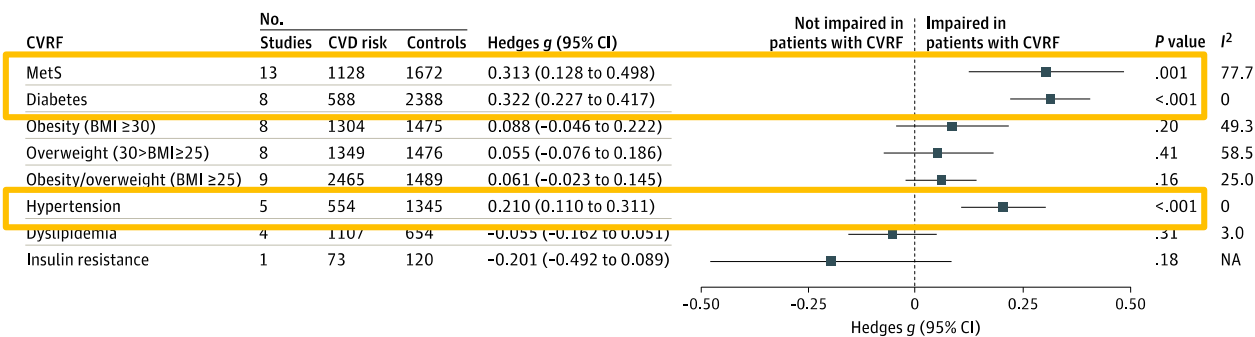
Published online March 3, 2021

Association Between Cardiovascular Risk Factors and Cognitive Impairment in People With Schizophrenia A Systematic Review and Meta-analysis

Katsuhiko Hagi, PhD; Tadashi Nosaka, BSc; Dwight Dickinson, PhD; Jean Pierre Lindenmayer, MD; Jimmy Lee, MBBS; Joseph Friedman, MD; Laurent Boyer, MD, PhD; Mei Han, PhD; Nur Amirah Abdul-Rashid, BPsych; Christoph U. Correll, MD

Pathologie
neuro-
dégénérative
surajoutée

Figure 2. Forest Plot of Global Cognitive Differences Between Patients With Schizophrenia With and Without Cognitive Dysfunction and Cardiovascular Risk Factors (CVRF)



BMI indicates body mass index (calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared); CVD, cardiovascular disease; MetS, metabolic syndrome; NA, not applicable.

Processus
involutif propre à
la pathologie

EVOLUTION COGNITIVE ?

Article

J. Pers. Med. 2021, 11, 1183. <https://doi.org/10.3390/jpm11111183>

Characteristics of Bipolar Patients with Cognitive Impairment of Suspected Neurodegenerative Origin: A Multicenter Cohort

Esteban Munoz Musat ¹, Emeline Marlinge ², Mélanie Leroy ^{3,4,5,6} , Emilie Olié ^{7,8}, Eloi Magnin ^{9,10}, Florence Lebert ¹¹, Audrey Gabelle ¹², Djamila Bennabi ^{10,13}, Frédéric Blanc ^{14,15}, Claire Paquet ^{1,16} and Emmanuel Cognat ^{1,16,*} 

	Number (n)	Proportion (%)
CSF AD biomarkers		
"A+T+" profile	8	10.3
"A+" profile	23	29.5
"T+" profile	21	26.9
Normal	26	33.3
Hippocampal atrophy		
Scheltens 0	16	40
Scheltens 1	4	10
Scheltens 2	14	35
Scheltens 3	6	15
Scheltens 4	0	0
Unknown	38	
Dopamine deficiency on DAT-CT		
Present	12	35.3
Absent	22	64.7
Unknown	44	
Cortical hypometabolism on TEP-CT 18-FDG		
Present	20	86.9
Absent	3	13.1
Unknown	55	

Composante
neuro-
développementale

Composante
neuro-
dégénérative

Pathologie
neuro-
dégénérative
surajoutée

Processus
involutif propre à
la pathologie

EVOLUTION COGNITIVE ?

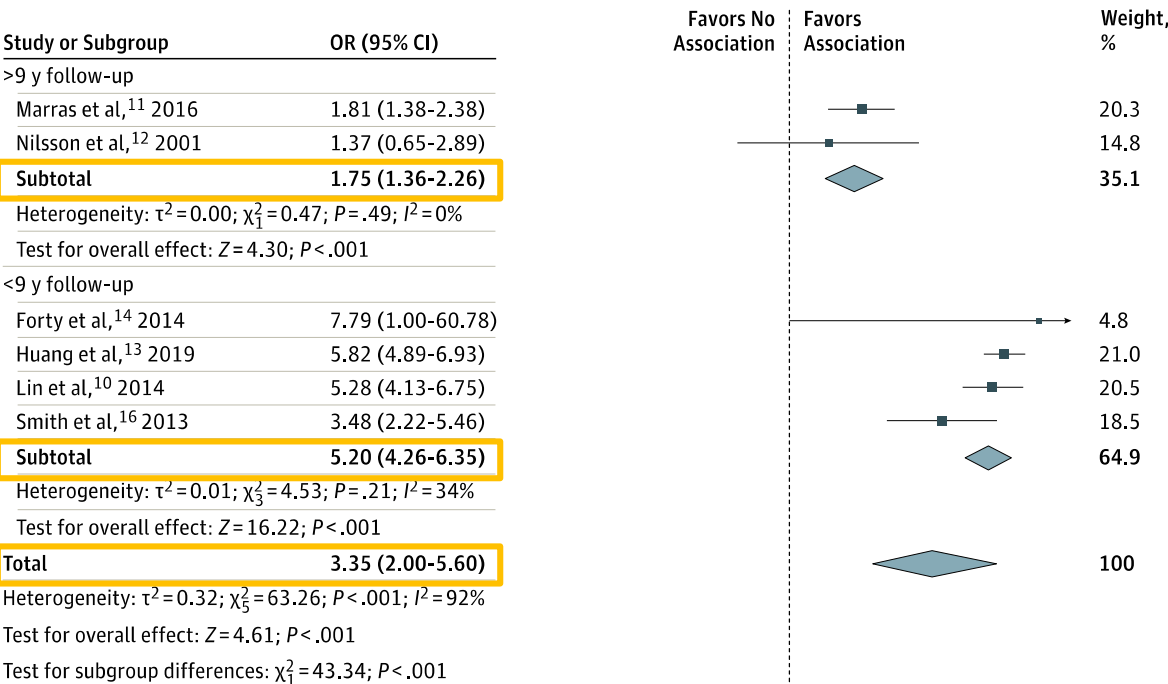
JAMA Neurology | Original Investigation

February 2020 | Volume 77, Number 2

Risk of Developing Parkinson Disease in Bipolar Disorder A Systematic Review and Meta-analysis

Patrícia R. Faustino, MD; Gonçalo S. Duarte, MD; Inês Chendo, MD; Ana Castro Caldas, MD;
Sofia Reimão, MD, PhD; Ricardo M. Fernandes, MD, PhD; José Vale, MD; Michele Tinazzi, MD, PhD;
Kailash Bhatia, MD, PhD; Joaquim J. Ferreira, MD, PhD

Figure 3. Odds Ratios (ORs) for Association of Bipolar Disorder
With Parkinson Disease by Duration of Follow-up



Composante
neuro-
développementale

Composante
neuro-
dégénérative

Pathologie
neuro-
dégénérative
surajoutée

Processus
involutif propre à
la pathologie

EVOLUTION COGNITIVE ?

Composante
neuro-
développementale

Composante
neuro-
dégénérative

Alzheimer Disease and Related Neurodegenerative Diseases in Elderly Patients With Schizophrenia

Arch Gen Psychiatry. 1998;55:205-211

A Postmortem Neuropathologic Study of 100 Cases

Dushyant P. Purohit, MD; Daniel P. Perl, MD; Vahram Haroutunian, PhD;
Peter Powchik, MD; Michael Davidson, MD; Kenneth L. Davis, MD

Pathologie
neuro-
dégénérative
surajoutée

Processus
involutif propre à
la pathologie

Table 1. Postmortem Neuropathologic Characteristics of the Brain Specimens of 100 Elderly Patients With Schizophrenia*

Neuropathologic Diagnosis	No. of Cases	Mean CDR Score	Cases With CDR Scores ≥ 3 , %
All Cases	100	2.33 $\pm$ 1.16	52.0
All dementing neurodegenerative diseases	13	2.70 $\pm$ 1.05	69.2
Alzheimer disease†	9	2.50 $\pm$ 1.00	55.6
Other diagnoses	4	2.85	73.3
Parkinson disease	2	...	...
Multi-infarct dementia	1	...	...
Multiple sclerosis	1	...	...
All diagnoses excluding dementing neurodegenerative diseases	87	2.21 $\pm$ 1.14	48.8
Ischemic cerebrovascular disease	23	2.42 $\pm$ 1.02	65.2
Secondary neoplasms in brain	3	...	...
Brainstem hemorrhage	1	...	...
Hemangioma in parietal lobe	1	...	...
Frontal leukotomy	11	2.05 $\pm$ 1.00	45.5
No significant pathologic finding	48	...	...

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Variant frontal de Dégénérescence Fronto-Temporale

Début <65ans

25-50% de symptômes psychotiques (DFT génétique)

Imagerie initiale sp

Pathologie
neuro-
dégénérative
surajoutée

Composante
neuro-
dégénérative

Mutations DFT retrouvées dans familles avec Sz/TB
Abaissement PRG sans mutation dans cohortes de
TB âgé
« Phénocopies » de DFT

COMMENT DIFFÉRENCIER ?

Clinique

doi:10.1093/brain/awaa018

BRAIN 2020; 143; 1632–1650 | 1632

BRAIN
A JOURNAL OF NEUROLOGY

REVIEW ARTICLE

Recommendations to distinguish behavioural variant frontotemporal dementia from psychiatric disorders

Simon Ducharme,^{1,2} Annemiek Dols,³ Robert Laforce,⁴ Emma Devenney,⁵  Fiona Kumfor,⁵  Jan van den Stock,⁶ Caroline Dallaire-Théroux,⁷  Harro Seelaar,⁸ Flora Gossink,³ Everard Vijverberg,⁹ Edward Huey,¹⁰ Mathieu Vandenbulcke,¹¹  Mario Masellis,¹² Calvin Trieu,³ Chiadi Onyike,¹³ Paulo Caramelli,¹⁴ Leonardo Cruz de Souza,¹⁴ Alexander Santillo,¹⁵ Maria Landqvist Waldö,¹⁶  Ramon Landin-Romero,⁵ Olivier Piguet,¹⁶ Wendy Kelso,¹⁷ Dhamidhu Eratne,¹⁷ Dennis Velakoulis,¹⁷ Manabu Ikeda,¹⁸ David Perry,¹⁹ Peter Pressman,²⁰  Bradley Boeve,²¹ Rik Vandenberghe,²² Mario Mendez,²³ Carole Azuar,²⁴ Richard Levy,²⁴ Isabelle Le Ber,²⁴ Sandra Baez,²⁵ Alan Lerner,²⁶  Ratnavalli Ellajosyula,²⁷ Florence Pasquier,²⁸ Daniela Galimberti,^{29,30} Elio Scarpini,^{29,30} John van Swieten,⁸ Michael Hornberger,³¹ Howard Rosen,³² John Hodges,⁵ Janine Diehl-Schmid³³ and Yolande Pijnenburg⁹

Biomarqueurs :
imagerie

Bilan neuro-
psychologique

Autres
biomarqueurs

PARTICULARITÉS DE LA PRISE EN SOINS : NEUROLEPTIQUES ET ANTIPSYCHOTIQUES

Homme de 73ans adressé en CMP par médecin coordonnateur d'EHPAD pour
reprise de suivi psychiatrique

Antécédents personnels

Schizophrénie

HTA

HBP

NEUROLEPTIQUES ET ANTIPSYCHOTIQUES : VIGNETTE CLINIQUE

Vers 20ans

Premier épisode délirant lors de ses études d'architecture, hospitalisation, diagnostic de schizophrénie paranoïde.

Halopéridol

20 - 65ans

Habite chez ses parents.
Suivi ambulatoire +/- régulier. Observance fragile

Neuroleptique
d'action prolongé

65 – 70ans

Décès des parents. Domicile squatté. Evolution hébéphrénique. Hospitalisation

Correcteur
anticholinergique

71ans

Entrée en EHPAD

NEUROLEPTIQUES ET ANTIPSYCHOTIQUES : VIGNETTE CLINIQUE

Présentation frustrée.

Discours peu spontané mais cohérent,
adapté, sans manque du mot

Absence de symptômes positifs

Quelques conduites stéréotypées,
isolement social, troubles en cognition
sociale.

Comportement d'urination fluctuant

Un épisode de chute documenté,
« mécanique »

Tendance à l'hypotension
orthostatique

Syndrome akinéto-rigide bilatéral.
Absence de tremblement

MMSE 22/30

NEUROLEPTIQUES ET ANTIPSYCHOTIQUES : VIGNETTE CLINIQUE

Traitement

Décanoate d'halopéridol
200mg/4sem

Tropatépine 10mg 2x/j

Ramipril 2,5mg

Quelle iatrogénie ?

Quels risques à baisser la posologie ?

Quels risques à changer de molécule ?

VIEILLISSEMENT ET ANTIPSYCHOTIQUES

Modifications
pharmacocinétiques
et
pharmacodynamiques

A posologie égale

Modification des concentrations sanguines

X2
Chez 80+

X3
Chez 90+

+ 20 à 30%
Chez la femme

Grande
variabilité
interindividuelle

VIEILLISSEMENT ET ANTIPSYCHOTIQUES

Métabolique

Cardio-vasculaire

Neurologique

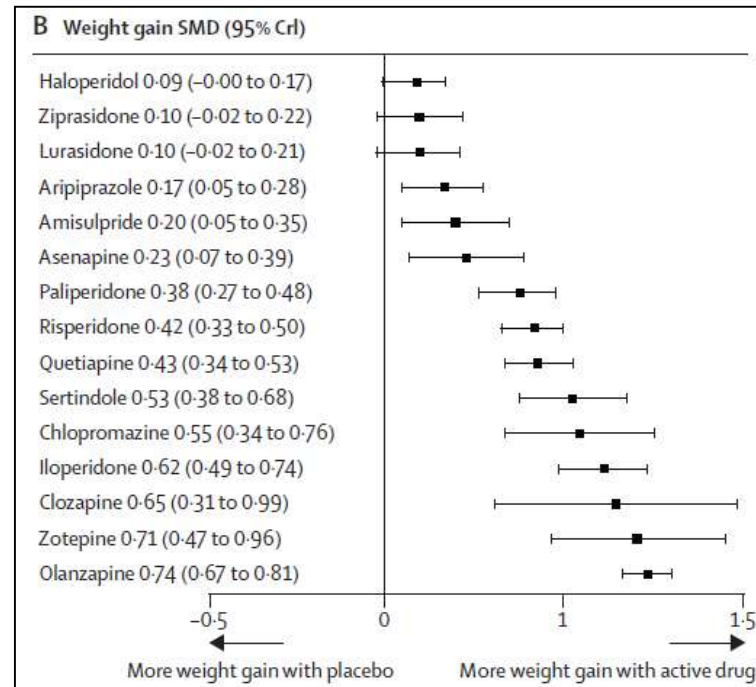
Risque majoré d'effets secondaires

VIEILLISSEMENT ET ANTIPSYCHOTIQUES

Métabolique

Cardio-vasculaire

Neurologique



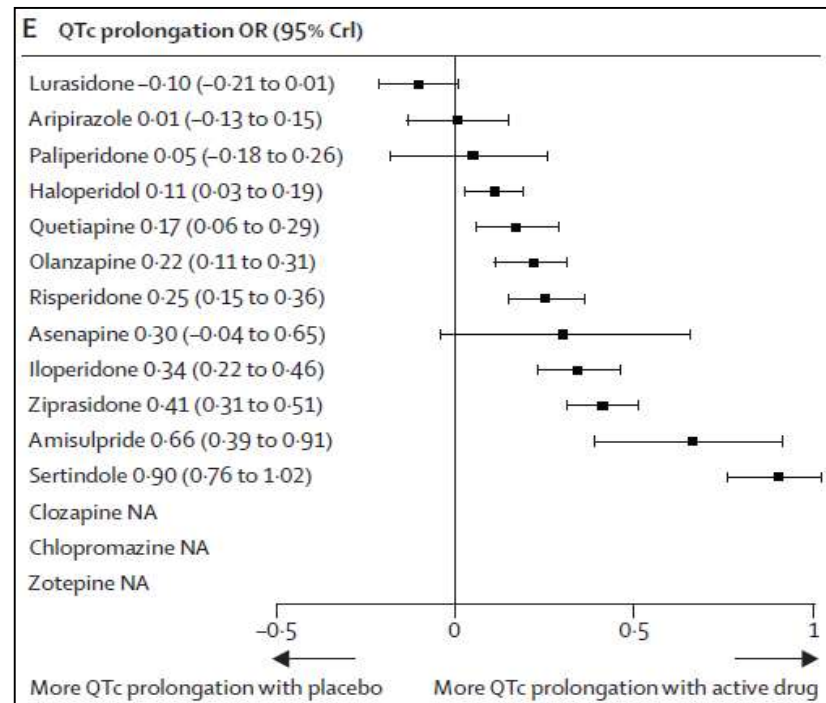
Présence de comorbidités
Importance prévention et mesures
hygiéno-diététiques

VIEILLISSEMENT ET ANTIPSYCHOTIQUES

Métabolique

Cardio-vasculaire

Neurologique



Augmentation du risque de mort subite par torsade de pointe

Augmentation du risque d'hypotension orthostatique

Augmentation du risque d'AVC

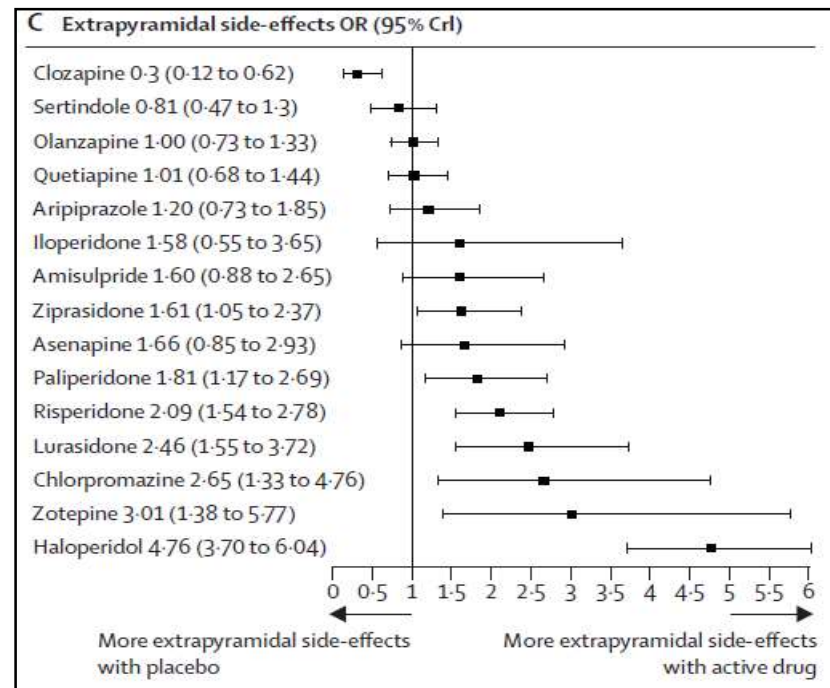
Comorbidités cardiaques
Co-prescriptions
médicamenteuses

VIEILLISSEMENT ET ANTIPSYCHOTIQUES

Métabolique

Cardio-vasculaire

Neurologique



Augmentation du risque de syndrome extrapyramidal

Augmentation du risque d'AVC

Effet cognitif délétère des neuroleptiques de première génération et antipsychotiques à forte posologie



VIEILLISSEMENT ET ANTIPSYCHOTIQUES

Diminution du
nombre

Modifications au
niveau des récepteurs
D2

Baisse du taux de
saturation nécessaire
pour effet clinique

50-60% vs 65-85%

Monitoring plasmatique : normes non fiables chez l'âge

VIEILLISSEMENT ET ANTIPSYCHOTIQUES

Modifications
pharmacocinétiques et
pharmacodynamiques



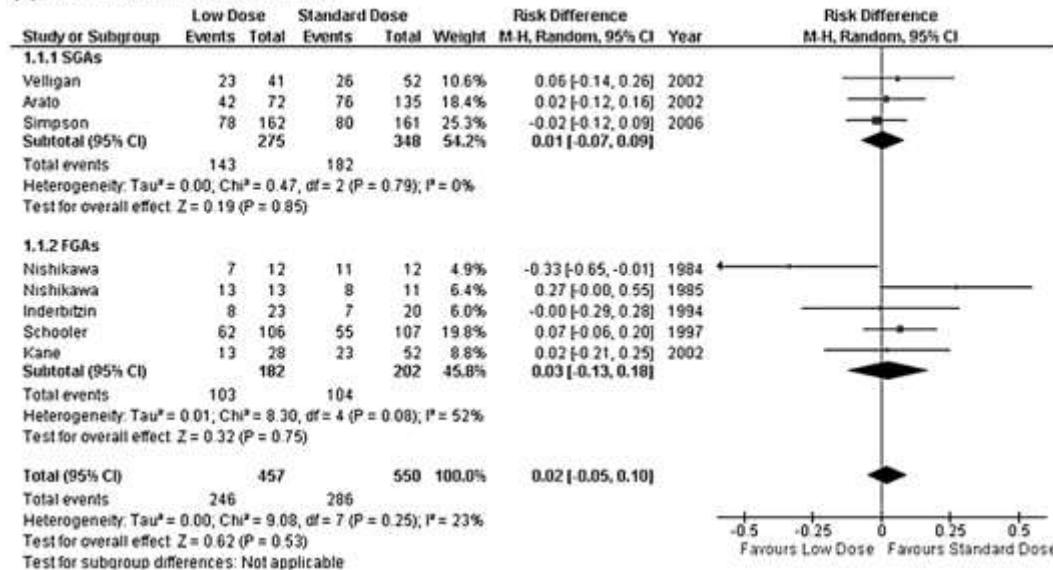
Modifications au
niveau des récepteurs
D2

Adaptation posologie paraît envisageable

DIMINUTION DE LA POSOLOGIE

Low Dose vs Standard Dose of Antipsychotics for Relapse Prevention in Schizophrenia: Meta-analysis

(a) Low Dose vs. Standard Dose



Pas d'augmentation du risque de rechutes et d'hospitalisations si diminution des antipsychotiques < 50 % de la dose d'entretien

13 études, N=1395

BÉNÉFICES SUR LA COGNITION

Effects of Risperidone and Olanzapine Dose Reduction on Cognitive Function in Stable Patients With Schizophrenia: An Open-Label, Randomized, Controlled, Pilot Study

N=61, suivi 6mois

Amélioration de la cognition, et diminution des symptômes négatifs à 6 mois chez des patients stabilisés après diminution de 50% olanzapine ou risperidone
Pas de modification des symptômes psychiatriques.

Effects of discontinuation of long-term anticholinergic treatment in elderly schizophrenia patients

N=27, 60+

Drimer, T.^a; Shahal, B.^b; Barak, Y.^a

Amélioration significative de la cognition après arrêt du biperiden (correcteur anti-cholinergique)
Absence de recrudescence symptômes extra-pyramidaux

RELAI NEUROLEPTIQUE VERS ANTIPSYCHOTIQUE

FIRST GENERATION ANTIPSYCHOTICS SWITCH WITH RISPERIDONE IN THE TREATMENT OF CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS

N=80

Relai halopéridol/fluphenazine vers risperidone

Amélioration à la PANSS

Diminution syndrome extra-pyramidal et prescription de correcteur anti-cholinergique

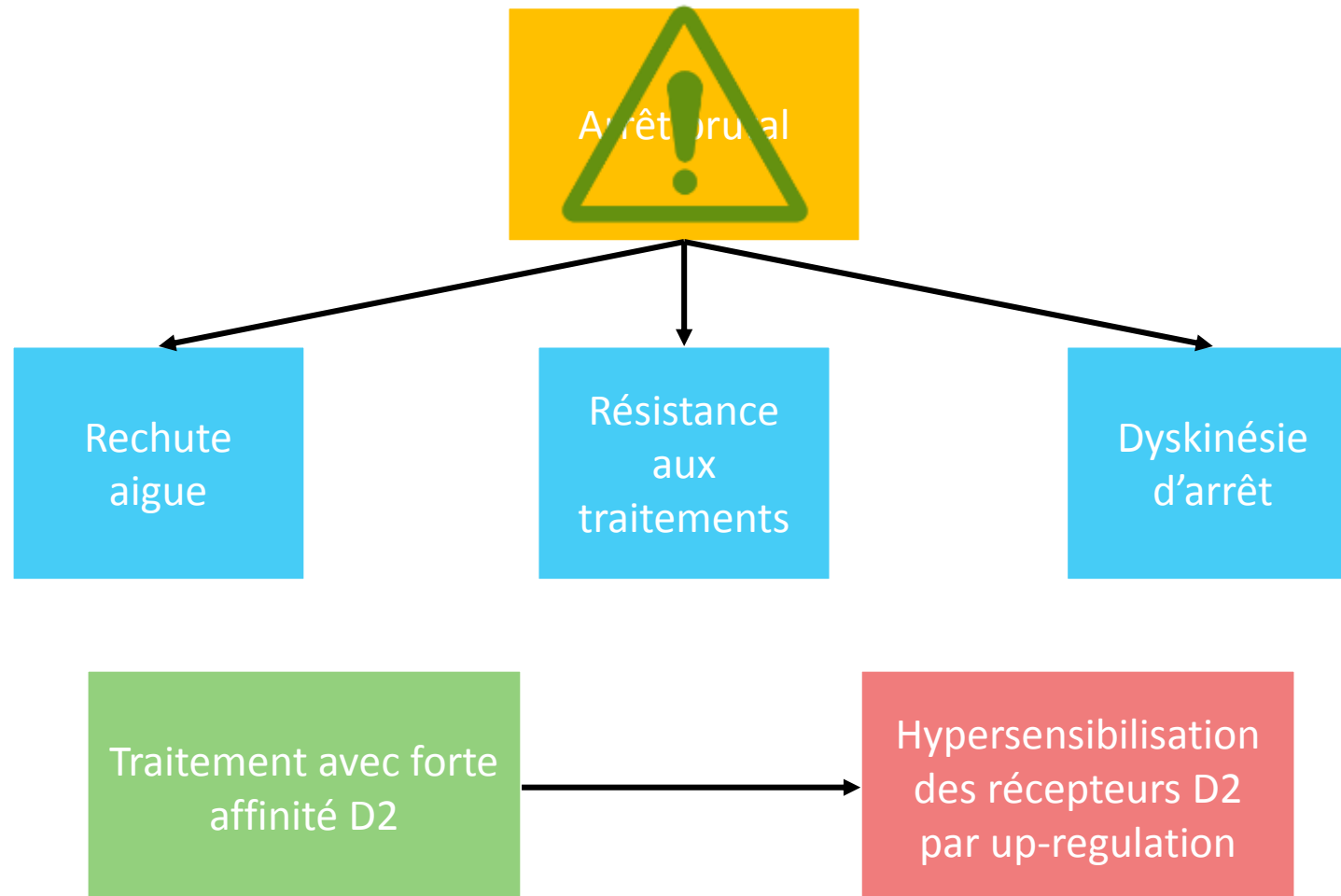
Efficacy of risperidone versus olanzapine in patients with schizophrenia previously on chronic conventional antipsychotic therapy: A switch study

N=36

Relai neuroleptique (>2ans) par olanzapine ou risperidone

Amélioration à la PANSS

RELAIS DE TRAITEMENT



NEUROLEPTIQUES ET ANTIPSYCHOTIQUES : VIGNETTE CLINIQUE

Diminution halopéridol
Relai vers olanzapine
15mg



Arrêt tropatépine

Discours (légèrement) plus spontané
Absence de décompensation
Diminution des comportement d'urination
MMSE 26
Limitation risque de chute

STRATÉGIES D'ADAPTATION

Quand ?

Evolution
déficitaire /
troubles cognitifs

Mauvaise
tolérance
neurologique

Mauvaise
tolérance cardio-
vasculaire

Mauvaise
tolérance
métabolique

STRATÉGIES D'ADAPTATION

Comment ?

Diminution
posologie

Relai vers
molécule avec
meilleur profil de
tolérance

Eviter FGA

Arrêter
correcteurs anti-
cholinergiques

LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : PROBLÉMATIQUES

Troubles du
comportement

INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY

Int J Geriatr Psychiatry 2008; **23**: 1182–1190.

Published online 19 May 2008 in Wiley InterScience

(www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/gps.2052

Co-occurrence of neuropsychiatric syndromes in demented
and psychotic institutionalized elderly

Arnaud Dechamps^{1,2,3*}, Marthe Aline Jutand², Chérifa Onifade³,
Sandrine Richard-Harston³ and Isabelle Bourdel-Marchasson^{3,4}

Score total NPI: SCZ = MA

Symptomatologie frontale: SCZ > MA

*Syndrome dysexécutif comportemental = apathie +
désinhibition + irritabilité + perte d'empathie +
négligence + hyperoralité*

LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : PROBLÉMATIQUES

Troubles du
comportement



Hétérogénéité et stigmatisation

Evaluation
individualisée en
amont

Structures
adaptées aux
troubles pas à un
diagnostic

Organisation
suivi/conduite à
tenir en amont

LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : SUIVI PSYCHIATRIQUE



CENTRE HOSPITALIER
Saint-Cyr au Mont d'Or

<http://www.ch-st-cyr69.fr>

Centre Hospitalier Saint Cyr au Mont d'Or

Rue Jean-Baptiste Perret - 69 450 Saint Cyr au Mont d'Or
Standard : 04 72 42 19 19
Courriel : direction@ch-st-cyr69.fr



Centre Hospitalier Le Vinatier

BP 300 69 - 69 678 Bron Cedex
Standard : 04 37 91 55 55
Urgence : 04 37 91 54 90
Courriel : dg@ch-le-vinatier.fr

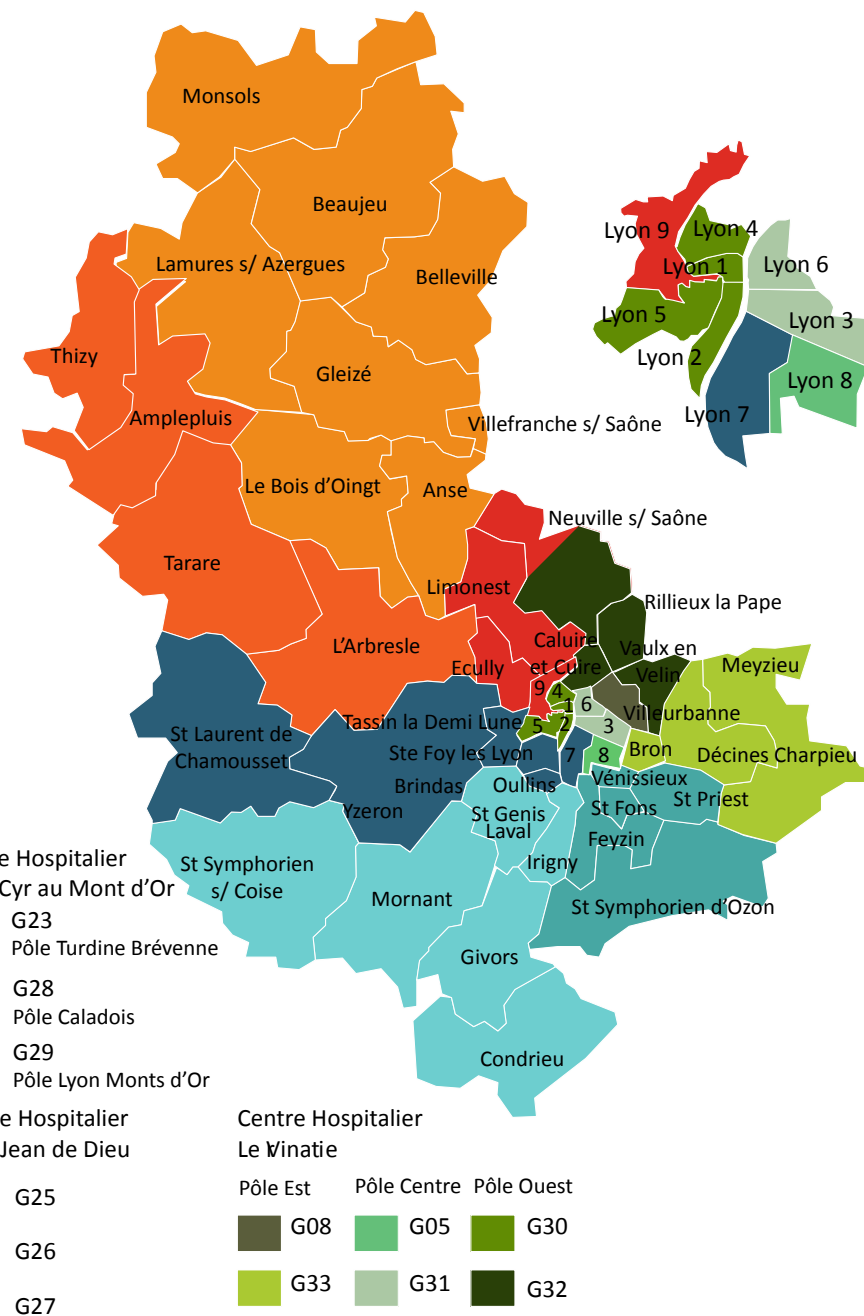
<http://sjd.arhm.fr>



Centre Hospitalier Saint Jean De Dieu

BP 8252 - 69 355 Lyon Cedex 08
Standard : 04 37 90 10 10
Courriel : dg@arhm.fr

Secteurs Adultes



Implantation des différents sites du Pôle de Psychiatrie de la Personne Âgée et Sectorisation

CMP PA Les Mercières

109 rue des Mercières 69140
Rillieux-La-Pape
04.26.73.85.93

CMP PA Pierres Plantées

6 rue des Pierres Plantées
69001 Lyon
04.72.10.12.68

CMP PA Persoz

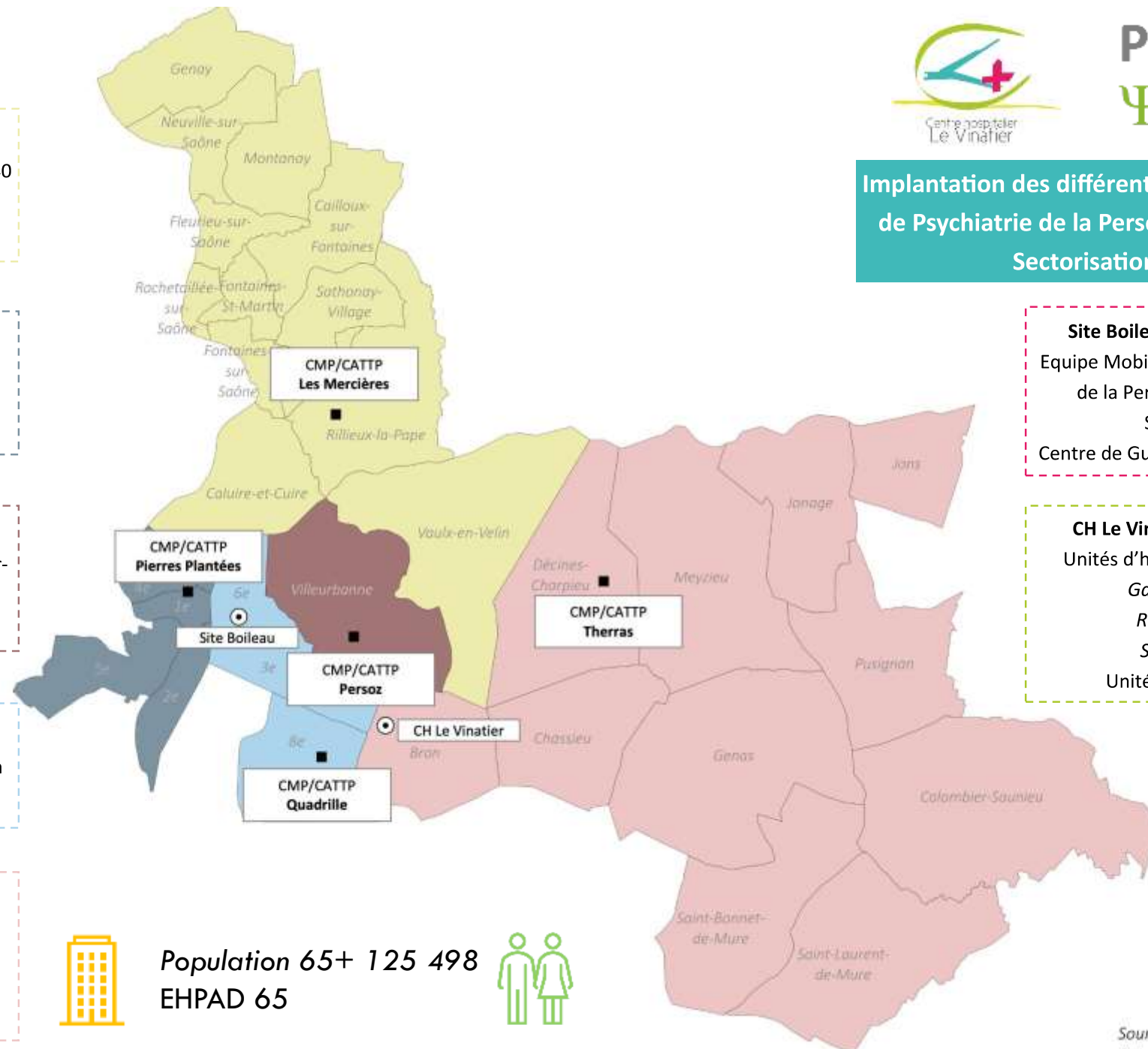
23 rue Persoz 69100 Villeurbanne
04.26.73.85.60

CMP PA Quadrille

19 rue J. Auriol 69008 Lyon
04.26.73.86.04

CMP PA Therras

rue M. Therras 69150 Décines
04.37.42.00.14 /
04.37.42.33.53



Site Boileau

Equipe Mobile de Psychiatrie
de la Personne Âgée
SPID
Centre de Guidance Familiale

CH Le Vinatier (Bron)

Unités d'hospitalisation
Gauguin
Renoir
Sisley
Unité REPERE



Population 65+ 125 498
EHPAD 65



LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : SUIVI PSYCHIATRIQUE



Centre hospitalier
SAINT JEAN DE DIEU



Centre hospitalier
Le Vinatier



CENTRE HOSPITALIER
Saint-Cyr au Mont d'Or

REGLES DE REFERENCE SECTORIELLE Applicables aux établissements signataires

Règles en vigueur depuis le 25 février 2009, mises à jour suite à la réunion de la CPT du 30 mars 2018

- Maisons de retraite :

Sauf convention particulière, le secteur orientant le patient sur un EHPAD (et EHPA ou foyer logement) assure son suivi psychiatrique pendant au moins 5 ans. Au terme des 5 ans, le relais sur le secteur de l'établissement d'accueil est organisé, s'il n'y a pas eu de nécessité de réhospitalisation sur le secteur d'origine durant cette période.

LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : SUIVI PSYCHIATRIQUE



Patients stabilisés, hospitalisés au long cours
Présentant un parcours complexe

EMMI
Equipe
Mobile
Médico-
sociale
Interpolaire
*Dr Gelas-
Ample*

Evaluation
pluridisciplinaire
avec élaboration
d'un plan
individualisé

Co-construction d'un
plan
d'accompagnement
intégratif
personnalisé

Suivi et collaboration
avec les équipes des
structures médico-
sociales

LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : PROBLÉMATIQUES

Troubles du
comportement

« Culture » des maladies neuro-
dégénératives (MA++)

- Locaux
- Prise en soins
- Activités
- Résidents (très) âgés

Méconnaissance
Stigmatisation

Schizophrénie

- Pathologie avec le plus faible taux d'acceptation sociale (Baromètre de la santé mentale, 2009)
- « Double personnalité dangereuse », imprévisible...



LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : PROBLÉMATIQUES

Troubles du
comportement

Méconnaissance
Stigmatisation

Actions de formation/sensibilisation

Associant

- Formation des équipes IDE et aides-soignants en groupe
- Webinaires pour médecins coordonnateurs/médecins traitants



Questionnaire GoogleForm



LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : PROBLÉMATIQUES

Troubles du
comportement

GIR et dépendance psychique

Ratio soignants/résident

Permanence des équipes soignantes

Accompagnement spécialisé

PATHOS

Inadaptation
modèle médico-
économique

Méconnaissance
Stigmatisation

LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : QUELLES STRUCTURES ?

EHPAD
« classique »

EHPAD avec
accompagnement
spécifique

EHPAD avec unité
spécifique troubles
du comportement

EHPAD « Psy »

Autres

LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : QUELLES STRUCTURES ?

EHPAD
« classique »

EHPAD avec
accompagnement
spécifique

EHPAD avec unité
spécifique troubles
du comportement

EHPAD « Psy »

Autres



11 suivis (13,75%)
5 Sz/troubles
délirants (6,25%)

Approche inclusive

Travail de réseau avec la psychiatrie de secteur

Réunions de synthèses avec CMP / 3 mois

Référencement IDE CMP



Albert Morlot
Décines

LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : QUELLES STRUCTURES ?

EHPAD
« classique »

EHPAD avec
accompagnement
spécifique

EHPAD avec unité
spécifique troubles
du comportement

EHPAD « Psy »

Autres



31 résidents/80
9 psychoses
chroniques
7TB
5 avec TNC
comorbides

Préadmission sous forme de VAD, entrée en plusieurs étapes,
coordination avec équipe hospitalière

Equipe dédiée

- IDE
- Psychologue (0,5)
- Psychomotricienne
- Psychiatre (0,2)

Formation des équipes

Inscription dans un travail de réseau avec psychiatrie de secteur



Korian Gerland
Lyon 7

LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : QUELLES STRUCTURES ?

EHPAD
« classique »

EHPAD avec
accompagnement
spécifique

EHPAD avec unité
spécifique troubles
du comportement

EHPAD « Psy »

Autres



Profils complexes
21% sous Clozapine
33% sous valproate
4% sous Lithium

Conventions avec hôpitaux psychiatriques

Visites de préadmission dans les services

Suivi médical en collaboration MT/psychiatre/neurologue

Personnel transversal (support)

- IDE référente
- Psychologue
- Psychiatre



Montvenoux
Tarare

LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : QUELLES STRUCTURES ?

EHPAD
« classique »

EHPAD avec
accompagnement
spécifique

EHPAD avec unité
spécifique troubles
du comportement

EHPAD « Psy »

Autres



Approches non-médicamenteuses

- Cadre stable : Binôme fixe attitré à la même unité
- Accompagnement personnalisé et ajusté (synthèse)
- Apaisement en chambre/matériel spécifique
- Activités thérapeutiques individuelles/groupales
- Petites unités

Formation

- Internes : café-échange (psychiatre/psycho/IDE ref) et module de formation (psycho/IDE ref)
- Externes : diplômante, conférence



Montvenoux
Tarare

LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : QUELLES STRUCTURES ?

EHPAD
« classique »

EHPAD avec
accompagnement
spécifique

EHPAD avec unité
spécifique troubles
du comportement

EHPAD « Psy »

Autres



9 profil
psychiatrique
vieillissant
+7 en unité
classique
dont 3 Sz, 3TB,
6troubles délirant

Unité SEREMA

Unité sécurisée de 21 résidents

Projet en cours de mise en place, ralenti par covid



Les Quatre Fontaines
Saint Bonnet de Mûre

LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : QUELLES STRUCTURES ?

EHPAD
« classique »

EHPAD avec
accompagnement
spécifique

EHPAD avec unité
spécifique troubles
du comportement

EHPAD « Psy »

Autres



1^{er} EHPAD « Psychiatrique » français

Sur site du CH Sainte Marie du Puy-en-Velay

Partenariat CH / ARS / Conseil départemental

Professionnels spécifiquement formés

60+
Troubles psychiatriques
antérieur
60 places
6 Temporaire
3 Accueil de Jour



EHPAD
Marie Pia
Puy-en-Velay

LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : QUELLES STRUCTURES ?

EHPAD
« classique »

EHPAD avec
accompagnement
spécifique

EHPAD avec unité
spécifique troubles
du comportement

EHPAD « Psy »

Autres



Âge moyen 60ans
Evolution déficitaire
53 lits FAM
22 lits d'EHPAD

FAM Aiguilles-Queyras

- Convention CH Le Vinatier depuis 1997
 - Visite mensuelle psychiatre (avis, synthèse, formation) + visio si nécessaire
 - Hospitalisation pour ajustement thérapeutique
- Nécessité de pathologie stabilisée
- Procédure d'admission graduée

Domicile

Accueil familial



LIEU DE VIE ET PRISE EN SOINS : PROBLÉMATIQUES

Troubles du
comportement

(Future) problématique de santé publique

Inadaptation
modèle médico-
économique

Hospitalisation prolongée / manque d'aval /
urgences sur-sollicitées → cercle vicieux classique
du système de santé...

Méconnaissance
Stigmatisation

Réflexion globale nécessaire

Absence de
politiques de
santé publique

CONCLUSION

Evaluation globale,
précise

Orientation
adaptée

Accueil préparé,
progressif

Suivi individuel
organisé et
accompagnement
équipes

Associant gériatrie/psychiatrie
Hôpital/hébergement médico-social
Avec un soutien institutionnel
Face à une problématique de santé publique



Merci pour votre attention

Pour en savoir plus

DU Psychiatrie de la Personne Agée – Université Claude Bernard

Coordonnateurs : Pr T d'Amato/Dr JM Dorey

marilyn.jinyan@ch-le-vinatier.fr