

# LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#31

NOVEMBRE 2022 - NUMÉRO GRATUIT

*Psychiatrie*



*Gériatrie*



*Ensemble !*

Association des Jeunes Gériatres

[www.assojeunesgeriatres.fr](http://www.assojeunesgeriatres.fr)



# LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

## #31



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES  
www.assojeunesgeriatres.fr

### COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2022

#### BUREAU

PRÉSIDENTE  
Fanny DURIG

VICE-PRÉSIDENTE  
Nathalie JOMARD

SECRÉTAIRE  
Florent GUERVILLE

TRÉSORIER  
Thomas TANNOU

PORTE-PAROLE  
Arnaud CAUPENNE

#### CONSEIL D'ADMINISTRATION

Cyprien ARLAUD

Amélie BOINET

Alexandre BOUSSUGE

Pierre-Emmanuel CAILLEAUX

Guillaume CHAPELET

Guillaume DUVAL

Antoine GARNIER-CRUSSARD

Claire GODARD-SEBILLOTE

Victoire LEROY

Sophie MASSART

Matthieu PICCOLI

Joaquim PRUD'HOMM

Thomas RENONCOURT

Sophie SAMSO

Romain VAN OVERLOOP

# SOMMAIRE

## 03 ÉDITORIAL

## 04 ARTICLE THÉMATIQUE

**Le syndrome catatonique : Késako ?**

## 14 FOCUS GÉRIATRIQUE

**Psychiatrie de la personne âgée : formation et filières de soins**

## 17 FICHE MÉTIER

**Psychiatre en consultation mémoire**

## 19 FICHE PRATIQUE

**Management des psychotropes**

## 28 RETOUR DE CONGRÈS

**EuGMS – Londres du 28 au 30 septembre 2022**

## 32 FICHE DU MÉDICAMENT

**Utilisation de la prégabaline chez la personne âgée**

## 37 ACTUALITÉS AJG

## 40 ENCART PFIZER

**Vaccinations du sujet âgé : avez-vous pensé au pneumocoque ?**

## 41 BIBLIOGRAPHIE

**L'électro-convulsivothérapie chez la personne âgée**

## 44 CAS CLINIQUE

**Syndrome de Diogène : entre croyance et réalité !**

## 50 ANNONCES DE RECRUTEMENT

N° ISSN : 2264-8607

#### ÉDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé

14, rue Commines | 75003 Paris

M. TABTAB Kamel, Directeur

reseauprosante.fr | contact@reseauprosante.fr

Imprimé à 1300 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

# ÉDITORIAL

Ce n'est pas un secret, la Gériatrie n'est pas très populaire dans la société et est une spécialité peu choisie par les internes. Elle n'est pas la seule spécialité médicale souffrant d'une image « peu sexy ». La Psychiatrie en est un autre exemple classique. Les représentations sociales de la vieillesse et des maladies mentales correspondent souvent à des images tristes, désespérantes, de folie, de perte en tout genre... Alors comment peut en être autrement l'image de la psychiatrie de la personne âgée ?

Et pourtant, la santé mentale est un bien si précieux et les enjeux de soins sont tellement essentiels ! Depuis plusieurs années, les deux spécialités ont dialogué, échangé et travaillé ensemble jusqu'à fonder une société savante (la Société Francophone de Psychiatrie et Psychogériatrie de la Personne Agée (SF3PA)), partenaire de l'AJG et de la SFGG. C'est cette collaboration entre Psychiatrie et Gériatrie que nous avons souhaité mettre en avant dans ce 31<sup>ème</sup> numéro de la Gazette du Jeune Gériatre.

L'*Article thématique* abordera le syndrome catatonique et ses difficultés diagnostiques en Gériatrie.

Le *Focus gériatrique* présentera la filière de formation et de soins en Psychiatrie de la Personne Agée (PPA). La *Fiche métier* explicitera le rôle d'un psychiatre en consultation mémoire.

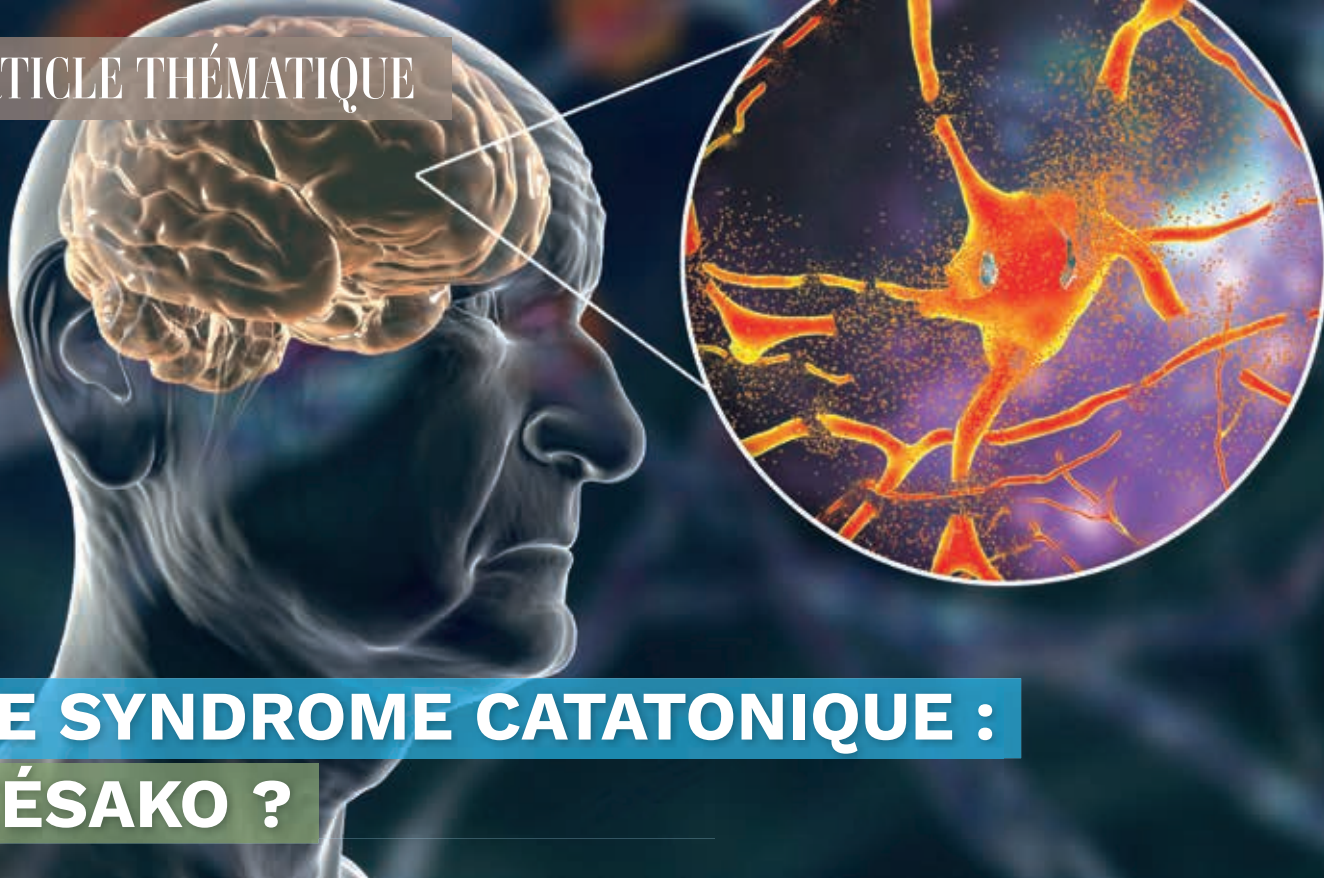
Les psychotropes seront bien présents évidemment avec la *Fiche pratique* qui vous aidera à les manager (Quand ? Comment ? Quel arrêt ?) et avec la *Fiche du médicament* sur la Prégabaline. La *Bibliographie* présentera un article sur l'électro-convulsivothérapie et ses conséquences cognitives chez les personnes âgées (Spoil : elles ne sont pas si importantes que ça !).

Nous profitons de cette Gazette pour vous faire un petit *Retour de congrès* sur l'EuGMS qui a eu lieu à Londres fin septembre. Nous avons eu la fierté d'y présenter un poster sur notre projet de promotion de la Gériatrie à travers la bande dessinée. Nous vous donnerons aussi des *Actualités de l'AJG* et de ses partenaires. Nous laisserons d'ailleurs la parole à Pfizer pour une présentation des résultats de leur étude COVARISK.

Enfin, après avoir accumulé tant de mots, tant de phrases, tant de pages, le *Cas clinique* traitera à point nommé du syndrome de Diogène.

Que les gériatres n'aient pas peur de la psychiatrie,  
Que les psychiatres n'aient pas peur de la personne âgée,  
Que nous puissions collaborer pour une psychiatrie du sujet âgé !

**Nathalie JOMARD et Alexandre BOUSSUGE**  
Rédacteurs en chef



## LE SYNDROME CATATONIQUE : KÉSAKO ?

**AVERTISSEMENT LECTEUR :** Cet article thématique va commencer par un cas clinique...

M. S, 81 ans, arrive en court séjour gériatrique pour « altération de l'état général ». Il est adressé par son EHPAD qui n'arrive plus à le prendre en soins depuis plusieurs semaines. Le patient ne s'alimente pas, a perdu 10kg en 3 mois, est agressif lors des soins depuis 3 mois mais là, vraiment, depuis 4 jours, il ne parle plus, ne bouge plus, garde les yeux fermés en permanence mais crie quand on le touche et il se met à transpirer avec des poussées de fièvre... Le bilan biologique est pourtant rassurant : une natrémie qui augmente légèrement, pas de syndrome inflammatoire, pas d'anomalie thyroïdienne, hépatique ou rénale. Par contre il existe une hypoalbuminémie à 27 g/L et une calcémie légèrement augmentée dans ce contexte.

Le patient est admis directement de son EHPAD après un appel à la hotline de gériatrie. À l'arrivée, le diagnostic est vite évoqué en observant le patient et confirmé par le psychiatre de l'équipe de liaison...



Yeux fermés, stupeur, posturing, oppositionnisme



Signe de l'oreiller = catalepsie

**Le patient présente un syndrome catatonique**

### Définition

Le syndrome catatonique est un syndrome complexe associant des symptômes neurologiques principalement moteurs (difficulté au démarrage et à l'arrêt d'un mouvement) et des symptômes psychiatriques. La première conception « psychiatrique » est présentée par Kahlbaum (1828-1899) comme une intrication neuro-psychiatrique avec des formes et des étiologies différentes. La présentation de la maladie pouvait comprendre la mélancolie (repli sur soi, ralentissement psychomoteur, mutisme), la manie (hyperkinésie, exaltation et logorrhée), l'atonie (maintien de posture, convulsions et la flexibilité cireuse) et la

démence (notamment dans sa phase avancée un patient apathique et aphaso-apraxy-agnosique). Kraepelin (1859-1926) classe la catatonie dans les formes de « démences précoces » et de « schizophrénies » (1). Cela a entraîné des prises en charge inappropriées et dangereuses pour les patients via la prescription d'antipsychotiques (2). En France, les approches historiques du syndrome catatonique sont plus « neurologiques », classant pendant longtemps la catatonie dans les formes de Parkinsonismes (3).

Dans le DSM-V, pour affirmer un syndrome catatonique, la personne doit avoir au moins **3 de ces 12 signes psychomoteurs** (4) :

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence ou quasi-absence de réponse motrice</li> <li>• Ressemble à une hypokinésie marquée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence ou quasi-absence de réponse verbale</li> <li>• Y compris les chuchotements inaudibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mouvements bizarres et volontaires</li> <li>• Reproductions souvent exagérées et caricaturées de mouvements banaux du quotidien (accents feints...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitation motrice sans but, non influencée par des stimuli externes</li> </ul>
<b>STUPEUR</b> 	<b>MUTISME</b> 	<b>MANIÉRISME</b> 	<b>AGITATION</b> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résistance ou absence de réponse à des instructions ou à des stimuli extérieurs</li> <li>• Exemple : Retire sa main pour ne pas la serrer, pincer les lèvres pour ne pas boire ou manger...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forme musculaire de négativisme impliquant une notion de proportionnalité : plus on essaie de faire faire un geste à quelqu'un et plus il résiste.</li> <li>• (= oppositionnisme de Gegenhalten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Écholalie : répétition des paroles de l'examineur</li> <li>• Échopraxie : reproduction des mouvements de l'examineur</li> <li>• Parfois avec modifications et exagérations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résistance lors du positionnement et de la mobilisation induits par l'examineur</li> </ul>
<b>NÉGATIVISME</b> 	<b>OPPOSITIONNISME</b> 	<b>ÉCHOPHÉNOMÈNE</b> 	<b>FLEXIBILITÉ CIREUSE</b> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien de posture contre la gravité imposées passivement par l'examineur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien actif, contre la gravité, d'une posture adoptée spontanément</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mouvements répétitifs et anormalement fréquents, non dirigés vers un but</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peuvent évoquer de la douleur</li> </ul>
<b>CATALEPSIE</b> 	<b>POSTURING</b> 	<b>STÉRÉOTYPIES</b> 	<b>EXPRESSIONS FACIALES GRIMAÇANTES</b> 

D'autres symptômes sont possibles (5) comme :

- ➔ **L'Ambitendance** : le patient est bloqué dans un mouvement indécis car l'examineur envoie un signal moteur et un signal verbal contradictoire. Classiquement, l'examineur présente sa main comme pour être salué tout en déclarant : « *Ne me serrez pas la main. Je ne veux pas que vous la serriez* ».
- ➔ Les **verbigérations** : répétitions de mots ou de phrases, sans sens (*impression d'un disque rayé*).

Les travaux de Peralta et al. en 2001 (6) ont classifié les symptômes dont le pouvoir prédictif positif était fort (tableau 1) et permirent d'affirmer le nombre de symptômes nécessaires (n=3) pour annoncer un diagnostic de syndrome catatonique (tableau 2).

**Tableau 1 :** Aptitude au diagnostic selon les signes cliniques moteurs discriminants

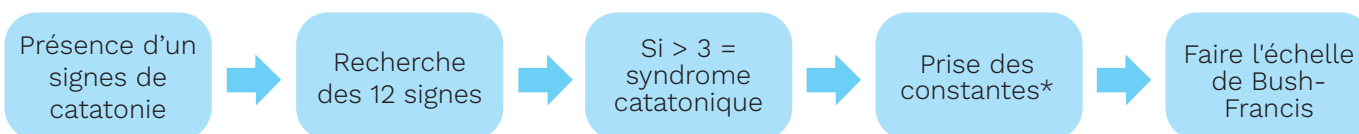
Symptôme	Sensibilité	Spécificité	Pouvoir prédictif positif	Pouvoir prédictif négatif
Immobilité / Stupeur	0.91	0.84	0.55	0.98
Mutisme	0.84	0.95	0.77	0.97
Négativisme	0.69	0.97	0.81	0.94
Oppositionnisme	0.43	1.0	1.0	0.89
Maintien postural	0.36	0.99	0.83	0.85
Catalepsie	0.31	1.0	1.0	0.87
Obéissance automatique	0.21	0.97	0.64	0.86
Echophénomènes	0.47	0.98	0.83	0.90
Rigidité	0.75	0.96	0.80	0.95
Vergibération	0.19	0.98	0.67	0.85
Retrait/refus alimentaire	0.47	0.97	0.79	0.90

**Tableau 2 :** Aptitude au diagnostic selon le nombre de symptômes catatoniques retrouvés

Nombre de symptômes	Sensibilité	Spécificité	Valeur prédictive positive	Valeur prédictive négative
1	1.00	0.75	0.46	1.00
2	1.00	0.88	0.64	1.00
<b>3</b>	<b>1.00</b>	<b>0.99</b>	<b>0.94</b>	<b>1.00</b>
4	0.87	1.00	1.00	0.97
5	0.56	1.00	1.00	0.92
6	0.44	1.00	1.00	0.89
7	0.31	1.00	1.00	0.87
8	0.19	1.00	1.00	0.85
9	0.06	1.00	1.00	0.83

Dans le cas de M. S, l'association de 8 signes positifs laissait peu de place au doute !

### Évaluation sémiologique pratique du syndrome catatonique !



\*= Pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, température, saturation en O2, hypersudation

### Focus sur la catatonie maligne (8)

La catatonie maligne est une forme sévère de catatonie avec stupeur (ou forte agitation), dysautonomie (labilité tensionnelle, hypersudation, fièvre), contractures musculaires, défaillance respiratoire et peut aller jusqu'au coma et au décès. Elle ressemble fortement au syndrome malin des neuroleptiques et est considérée comme une « *catatonie induite par les médicaments* » (9, 10). Son pronostic est péjoratif avec une mortalité élevée de 10 à 20 %. La présentation clinique du patient peut ressembler à un choc septique mais les investigations cliniques sont négatives (11).

## Échelle de cotation de catatonie de Bush-Francis

### Protocole d'examen

- ➔ Observer le patient en essayant d'engager la conversation. > **Signes cliniques** : Niveau d'activité, mouvements anormaux, discours anormal.
- ➔ L'examineur se gratte la tête de façon exagérée. > **Signes cliniques** : Échopraxie.
- ➔ Examen des bras à la recherche d'une roue dentée. Tentative de repositionnement, en demandant au patient « laissez votre bras tomber ». Bouger le bras alternativement en douceur et avec force. > **Signes cliniques** : Rigidité, négativisme, flexibilité cireuse.
- ➔ Demander au patient d'étendre son bras. Placer un doigt sous la main du patient en essayant de lever doucement la main après avoir dit « Ne me laissez PAS lever votre bras ». > **Signes cliniques** : Obéissance passive (Mitgehen).
- ➔ Tendre la main, « NE me serrez PAS la main ». > **Signes cliniques** : Ambitendance.
- ➔ Cherchez dans votre poche en disant « tirez-moi la langue, je veux planter une épingle dedans. » > **Signes cliniques** : Obéissance automatique.
- ➔ Chercher un grasping. > **Signes cliniques** : Grasping.
- ➔ Vérifier les modifications cliniques d'abord par périodes de 24 heures en insistant sur les signes vitaux, la prise de nourriture, et autres incidents.
- ➔ Observer le patient indirectement par brèves périodes chaque jour.

**Ne côter que les items bien définis. En cas de doute sur la présence d'un item, côter 0.**

- 1. Agitation** : Hyperactivité extrême, agitation motrice constante qui semble sans but. Ne pas attribuer à de l'akathisie ou à une agitation dirigée.
  0. Absente.
  1. Mouvement excessif, intermittent.
  2. Mouvement constant, hyperkinétique sans période de repos.
  3. Agitation catatonique caractérisée, activité motrice frénétique sans fin.
- 2. Immobilité/Stupeur** : Hypoactivité extrême, immobilité, faible réponse aux stimuli.
  0. Absente.
  1. Position anormalement fixe, peut interagir brièvement.
  2. Pratiquement aucune interaction avec le monde extérieur.
  3. Stupeur, pas de réaction aux stimuli douloureux.
- 3. Mutisme** : Peu ou pas de réponses verbales.
  0. Absent.
  1. Absence de réponse à la majorité des questions, chuchotement incompréhensible.
  2. Prononce moins de 20 mots en 5 minutes.
  3. Aucune parole.
- 4. Fixité du regard** : Regard fixe, peu ou pas d'exploration visuelle de l'environnement, rareté du clignement.
  0. Absente.
  1. Contact visuel pauvre, périodes de fixité du regard inférieures à 20 secondes, diminution du clignement des paupières.
  2. Fixité du regard supérieure à 20 secondes, changement de direction du regard occasionnelle.
  3. Regard fixe non réactif.
- 5. Prise de posture/Catalepsie** : Maintien de posture(s) spontanée(s), comprenant les postures banales (ex : rester assis ou debout pendant de longues périodes sans réagir).
  0. Absente.
  1. Moins de 1 minute.
  2. Plus d'1 minute, moins de 15 min.
  3. Posture bizarre, ou postures courantes maintenues plus de 15 minutes.
- 6. Grimaces** : Maintien d'expressions faciales bizarres :
  0. Absentes.
  1. Moins de 10 secondes.
  2. Moins de 1 minute.
  3. Expression bizarre maintenue plus d'1 minute.
- 7. Échopraxie/Écholalie** : Imitations des mouvements ou des propos de l'examineur.
  0. Absente.
  1. Occasionnelle.
  2. Fréquente.
  3. Constante.
- 8. Stéréotypies** : Activité motrice répétitive, sans but précis (ex. : joue avec les doigts, se touche de façon répétée, se frotte ou se tapote), le caractère anormal n'est pas lié à la nature du geste mais du fait de sa répétition.
  0. Absentes.
  1. Occasionnelles.
  2. Fréquentes.
  3. Constantes.

**9. Maniérisme :** Mouvements bizarres mais orientés vers un but (ex : sauter ou marcher sur la pointe des pieds, salut des passants, mouvements banals exagérés). Le caractère anormal est lié à la nature du mouvement.

- 0. Absent.
- 1. Occasionnel.
- 2. Fréquent.
- 3. Constant.

**10. Verbigeration :** Répétition d'expressions ou de phrases (comme un disque rayé).

- 0. Absente.
- 1. Occasionnelle.
- 2. Fréquente.
- 3. Constante.

**11. Rigidité :** Maintien d'une posture rigide en dépit d'efforts de mobilisation. Exclure si présence d'une roue dentée ou d'un tremblement.

- 0. Absente.
- 1. Résistance légère.
- 2. Résistance modérée.
- 3. Résistance sévère, ne peut pas être repositionné.

**12. Négativisme :** Résistance sans motivation apparente aux instructions ou tentatives de mobilisation ou d'examen du patient. Comportement d'opposition, fait exactement le contraire de ce qui est demandé.

- 0. Absent.
- 1. Résistance légère et/ou opposition occasionnelle.
- 2. Résistance modérée et/ou opposition fréquente.
- 3. Résistance sévère et/ou opposition constante.

**13. Flexibilité cireuse :** Pendant les changements de postures exercés sur le patient, le patient présente une résistance initiale avant de se laisser repositionner, comme si on pliait une bougie.

- 0. Absente
- 3. Présente.

**14. Attitude de retrait :** Refus de manger, de boire et/ou de maintenir un contact visuel.

- 0. Absente.
- 1. Alimentation/interaction minimale(s) depuis moins d'une journée.
- 2. Alimentation/interaction minimale(s) depuis plus d'une journée.
- 3. Absence totale d'alimentation/interaction pendant au moins un jour.

**15. Impulsivité :** Le patient s'engage brutalement dans un comportement inapproprié (ex : court dans tous les sens, crie, enlève ses vêtements) sans événement déclenchant. Après il ne peut pas donner d'explication, ou alors une explication superficielle.

- 0. Absente.
- 1. Occasionnelle.
- 2. Fréquente.
- 3. Constante ou non modifiable.

**16. Obéissance automatique :** Coopération exagérée avec les demandes de l'examinateur, ou poursuite spontanée du mouvement demandé.

- 0. Absente.
- 1. Occasionnelle.
- 2. Fréquente.
- 3. Constante.

**17. Mitgehen (obéissance passive) :** Élévation du bras en « lampe d'architecte » en réponse à une légère pression du doigt, en dépit d'instructions contraires.

- 0. Absent.
- 3. Présent.

**18. Gegenhalten (oppositionnisme, négativisme « musculaire ») :** Résistance à un mouvement passif proportionnel à la force du stimulus, paraît plus automatique que volontaire.

- 0. Absent.
- 3. Présent.

**19. Ambitendance :** Le patient paraît « coincé », sur le plan moteur, dans un mouvement indécis et hésitant.

- 0. Absent.
- 3. Présent.

**20. Réflexe de grasping :** Durant l'examen neurologique.

- 0. Absent.
- 3. Présent.

**21. Persévération :** Retour répétitif au même sujet de discussion ou persistance d'un mouvement.

- 0. Absent.
- 3. Présent.

**22. Combativité :** Habituellement non dirigée, avec peu ou pas d'explication par la suite.

- 0. Absent.
- 1. Agitation ou coups occasionnels avec un faible risque de blessures.
- 2. Agitation ou coups fréquents avec un risque modéré de blessures.
- 3. Dangerosité pour autrui.

**23. Anomalies neurovégétatives :** Température, tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, hypersudation.

- 0. Absent.
- 1. Anomalie d'un paramètre (HTA pré-existante exclue).
- 2. Anomalie de 2 paramètres.
- 3. Anomalie de 3 paramètres ou plus.

**Score total : ..... / 69**



## Epidémiologie

L'épidémiologie précise du syndrome catatonique est mal connue et encore moins en gériatrie ! Des études ont suggérées une prévalence en psychiatrie adulte aiguë de l'ordre de 7 à 13 % (5). Une méta-analyse de 2018 (12) regroupant 73 études (dont 55 évaluant le patient lors d'une hospitalisation en psychiatrie) retrouve une prévalence de 9 %. Sur les 110 000 patients inclus, seulement 552 avaient plus de 65 ans mais le taux de prévalence était similaire à 8.5 %. De nombreux auteurs insistent pour dire que le sous-diagnostic du syndrome catatonique n'aide pas à connaître sa réelle prévalence (13, 14).

## Physiopathologie (15)

La physiopathologie exacte est mal déterminée car il n'existe pas qu'une seule forme de catatonie avec une seule origine. Plusieurs modèles sont proposés pour expliquer les symptômes cliniques et certains modèles s'appliquent dans certaines situations uniquement.

Le modèle « **dysfonctionnement moteur** » soutenu par Fink et Northoff évoque un déséquilibre dopaminergique et GABA-ergique dans la liaison lobe frontal → ganglions basaux → tronc cérébral par le biais d'anomalies thalamiques, pariétales, cérébelleuses ou limbiques (16). Le GABA (acide gamma amino-butérique) et la dopamine sont les 2 principaux neurotransmetteurs qui interviennent dans cette voie motrice.

Le modèle « **dysfonctionnement des neurotransmetteurs** » repose sur une anomalie de la transmission synaptique des voies GABA-ergiques et glutamatergiques. La bonne réponse aux benzodiazépines dans la plupart des syndromes catatoniques appuie cette théorie. Elle a été étayée par des études en imagerie prouvant la diminution de densité des récepteurs GABA-A dans le cortex sensitivo-moteur gauche (17). Le dysfonctionnement GABA dans l'hypothalamus explique aussi les symptômes retrouvés dans la catatonie maligne. Enfin, la ressemblance avec le syndrome malin des neuroleptiques évoque bien un blocage synaptique (de la voie dopaminergique cette fois !).

Le modèle « **épileptique** » est très intéressant car il explique la fluctuation des symptômes chez certains patients et l'efficacité des benzodiazépines et de l'ECT qui augmentent le seuil épileptogène (et l'aggravation sous neuroleptiques qui eux, le diminuent). L'absence d'activité épileptique détectée lors de l'électro-encéphalogramme peut venir du fait que les zones de décharge sont trop profondes (zones limbiques, lobe frontal). Il est détecté chez les patients catatoniques une activité cérébrale désorganisée et un ralentissement psychomoteur qui disparaissent quand les symptômes catatoniques régressent. Une revue de la littérature évoque « l'état de mal épileptique non convulsivant » comme une étiologie de la catatonie (18) mais ne serait-ce pas plutôt le mécanisme ?

Un modèle **génétique** et un modèle **immunologique** sont également décrits (notamment pour les formes catatoniques de l'enfant et de l'adolescent) (15).

## Diagnostiques différentiels du syndrome catatonique (11)

On distingue les diagnostics différentiels sur les formes « agitées » et sur les formes « stuporeuses ».

Pour les formes agitées, il faut penser aux **troubles moteurs hyperkinétiques induits par les médicaments** et notamment les antipsychotiques et les antidépresseurs. Le patient peut présenter des dystonies, dyskinésies, ou de l'akathisie (9). (*Petite astuce : pour évoquer une akathisie induite par les neuroleptiques, observez le patient : il continue à avoir des mouvements, y compris en position allongée, avec ou sans contention !*). Le syndrome confusionnel sous sa forme « psycho-active » peut aussi être évoquée.

Dans les formes stuporeuses, le patient est **hypokinétique**. L'examen clinique doit rechercher un syndrome extra-pyramidal « pur » et traquer les manifestations neurologiques stéréotypées évocatrices d'une épilepsie. Une confusion, sous sa forme hypoactive, doit être traquée.

## Étiologies / Terrains prédisposants à la survenue du syndrome catatonique

Le syndrome catatonique peut être considéré comme une entité « à part entière » ou bien comme un symptôme d'une autre maladie. Dans plusieurs études (synthétisées dans le livre *Catatonie* (19)) les origines du syndrome catatonique sont divisées en :

- **Troubles de l'humeur** (42 %) : que ce soient des troubles bipolaires ou des dépressions unipolaires.
- **Schizophrénie** (32 %).
- **Troubles d'origine non psychiatrique** (26 %) présentés dans le tableau 3.

Encéphalites	Encéphalopathies	Autres causes
Infectieuses (HSV1, Syphilis, VIH, VHB, VHC) Auto-immunes (Hashimoto, limbique à Anticorps anti- NMDAR) Néoplasiques Inflammatoires (poussée de SEP, neurolypus) Spongiformes (Maladie de Creutzfeld-Jacob, insomnie fatale familiale)	Métaboliques (acido-cétose, hyponatrémie sévère) Carentielles (B12, folates) Toxiques (alcool, cocaïne, médicamenteuse) Maladies neuro-métaboliques (Niemann Pick de type C, Wilson, xanthomatose, hyperhomocystéinémie, porphyrie, anomalie du cycle de l'urée)	Troubles neurocognitifs majeurs (maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy, démence fronto-temporale) Traumatismes crâniens Tumeurs cérébrales Epilepsies Infarctus focalisé (lobes pariétaux, temporaux, thalamiques) Sevrages médicamenteux (benzodiazépines, clozapine) Syndrome de Di Georges

Tableau 3 : Etiologies non psychiatriques d'un syndrome catatonique

## Prise en charge

Quand le diagnostic est confirmé et que l'échelle de Bush-Francis est remplie, la prise en charge comporte 3 ou 4 étapes :



**1- ARRÊT des antipsychotiques** : c'est un impératif car ils maintiennent voire augmentent le syndrome catatonique, augmente le risque de syndrome malin des neuroleptiques et la conversion vers une catatonie maligne (11).

**2- Éliminer une étiologie curable** : si le diagnostic reste clinique, la recherche d'une étiologie doit être systématique (20). Le bilan clinique et paraclinique ressemble à celui des démences rapidement progressives pour éliminer les maladies citées dans le tableau 3 :

- *Bilan biologique* : NFS, ionogramme sanguin, urée, créatinine, glycémie, TSH, vitamines (B1, B6, B9, B12, D, PP), bilan hépatique, albuminémie et pré-albuminémie, CRP, PTH, CPK, électrophorèse des protéines plasmatiques, cortisolémie à 8h (+/- cortisolurie des 24h), dosage sériques médicamenteux, sérologies VIH, syphilitique, VHB, VHC, recherche de toxiques urinaires, recherche d'anticorps-nucléaires, (cuprémie, cuprurie, céruléoplasmine).
- *Ponction Lombar*.
- *IRM cérébrale (encéphalites, AVC...)*.
- *Electro-encéphalogramme*.

### 3- Test thérapeutique au LORAZEPAM (1, 11, 21–24) :

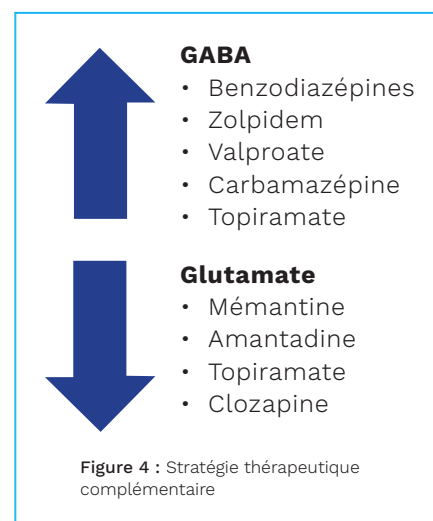
- **Si la prise per os possible et que le patient ne présente pas de signe de gravité** : test thérapeutique avec 2mg per os de Lorazépam et réévaluation clinique du patient après quelques heures avec une nouvelle échelle de Bush-Francis. Possibilité de renouveler la prise jusqu'à 6 mg dans la journée.
- **Si la prise per os est impossible** : le Lorazépam existe **sous forme injectable** (ATIVAN®) mais nécessite une Autorisation d'Accès Compassionnel (25). Il faut contacter le pharmacien référent des Autorisations Temporaires d'Utilisation de la pharmacie hospitalière et faire une demande via la **plateforme e-Saturne** (*Petit conseil : avoir son compte déjà prêt sur e-Saturne au cas où !*). L'efficacité est plus rapide que par la voie orale. Le test est réalisé avec 1mg de Lorazépam IV, possiblement répété au bout de 5 à 10 minutes jusqu'à 6 à 8 mg par jour en 2 à 3 fois par jour.  
La prise peut être répétée jusqu'à des doses atteignant 24mg par jour (3 x 8mg).
- Le test est considéré comme positif s'il permet l'amélioration de la moitié des symptômes. Il faut s'attendre à une efficacité dans les 24 – 48 heures avec une amélioration de l'échelle de Bush-Francis.
- **Durée du traitement : minimum 6 jours** puis régression progressive de la posologie.
- La rémission est estimée à 70 à 80 % des cas (21, 22).

**3- Electro-convulsivothérapie** (ECT). Elle est indiquée en cas d'absence de réponse au Lorazépam (dès les 48 premières heures) ou en première intention, en cas de catatonie maligne avec des signes neurovégétatifs importants (sur avis spécialisé et selon le pronostic du patient !). Pour certains auteurs, l'ECT doit se « prévoir » dès le diagnostic pour anticiper son accès (11).

## Et les autres traitements ?

Fondées sur les modèles physiopathologiques expliqués ci-dessus (15), d'autres stratégies thérapeutiques sont proposées pour favoriser la transmission GABA-ergique ou diminuer la neurotransmission du glutamate (*figure 4*). Ces traitements peuvent être essayés, sur avis spécialisé, si l'ECT est impossible.

Citons notamment le Zolpidem, les antiépileptiques (Carbamazépine 300 à 600mg ou Valproate de sodium 500 à 1500 mg par jour), les agonistes glutamatergiques (Amantadine 100mg, à augmenter jusqu'à 600mg par jour ou Mémantine 10mg, à augmenter à 20mg par jour). La Clozapine, bien qu'étant un antipsychotique, peut jouer un rôle dans certaines formes de catatonie car elle ne touche pas les récepteurs dopaminergiques (1, 21, 26, 27).



## Évolution et pronostic du syndrome catatonique

Si le patient est diagnostiqué et traité tôt, l'évolution est favorable. Malheureusement, les retards diagnostiques sont fréquents et le patient, surtout âgé, développe des complications graves liés au décubitus et au refus alimentaire (thromboses veineuses profondes, escarres, contractures musculaires, déshydratation, dénutrition...). Des recommandations insistent sur l'hydratation et l'alimentation entérale rapide en cas de refus alimentaire et la prophylaxie antithrombotique en cas d'immobilité (28).

Dans le cas de M. S., nous sommes intervenus trop tard. Sa forme de catatonie maligne a conduit à son décès en quelques jours. En reprenant l'histoire clinique, le début des symptômes datait de plus de 10 mois...

Le fait que les symptômes catatoniques évoluent depuis plus de 3 mois et/ou que le patient ait une présentation mutique ou hallucinatoire sont associés à une moins bonne réponse au Lorazépam (29).

## Cas particulier de la catatonie dans les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)

Il existe malheureusement assez peu de littérature sur le lien entre catatonie et TNCM. On retrouve essentiellement des case report ou des séries de cas.

Dans une étude s'intéressant à dépister de façon systématique les patients admis en psychiatrie avec un TNCM sous-jacent, 6 patients sur 14 avait un diagnostic positif de syndrome catatonique (30). Cinq sur 6 ont été traités par Lorazépam avec une rémission complète du syndrome catatonique. Un case-report évoque une catatonie inaugurale d'une maladie à corps de Lewy (31) avec une résistance aux benzodiazépines et une efficacité de l'Amantadine. Des cas cliniques et des séries de cas retrouvent des syndromes catatoniques dans la Démence Fronto-temporale avec une atteinte sévère du métabolisme frontal. Un traitement par Mémantine et/ou ECT amélioreraient les hypométabolismes et le syndrome catatonique (32-34).

### Conclusion

Le syndrome catatonique n'est pas si rare que cela... Il est parfois étiqueté de « syndrome de glissement », de « dépression mélancolique », d'« opposition systématique », etc. Utiliser une échelle clinique peut aider le praticien à faire le diagnostic et proposer le traitement adapté, d'autant plus que celui-ci est efficace ! Cela ne doit pas faire oublier de rechercher une étiologie secondaire et de prévenir les complications liées au décubitus, à l'arrêt de l'alimentation... Les patients avec des troubles neurocognitifs majeurs sont peut-être plus à risque, surtout en cas de prise d'antipsychotiques. La collaboration avec des psychiatres est indispensable pour l'accompagnement et la prise en soins des patients pour pouvoir intervenir le plus vite possible.

**Dr Nathalie JOMARD**

Praticien Hospitalier

Centre Hospitalier des Monts du Lyonnais

nathalie.jomard@chmdl.fr

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

### Références

1. Rustad JK, Landsman HS, Ivkovic A, Finn CT, Stern TA. Catatonia: An Approach to Diagnosis and Treatment. *Prim Care Companion CNS Disord.* 4 janv 2018;20(1):17f02202.
2. Fink M, Shorter E, Taylor MA. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature. *Schizophr Bull.* mars 2010;36(2):314-20.
3. Guiraud P. Conception neurologique du syndrome catatonique. *Encephale.* 1936;(31):229-70.
4. Francis A, Fink M, Appiani F, Bertelsen A, Bolwig TG, Bräunig P, et al. Catatonia in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *J ECT.* déc 2010;26(4):246-7.
5. Fink M, Taylor MA. The catatonia syndrome: forgotten but not gone. *Arch Gen Psychiatry.* nov 2009;66(11):1173-7.
6. Peralta V, Cuesta MJ. Motor features in psychotic disorders. II. Development of diagnostic criteria for catatonia. *Schizophr Res.* 1 mars 2001;47(2-3):117-26.
7. Sienaert P, Rooseleer J, De Fruyt J. Measuring catatonia: a systematic review of rating scales. *J Affect Disord.* déc 2011;135(1-3):1-9.
8. Mann SC, Auriacombe M, Macfadden W, Caroff SN, Cabrina Campbell E, Tignol J. Lethal catatonia: clinical aspects and therapeutic intervention. A review of the literature. *L'Encephale.* juin 2001;27(3):213-6.
9. Sienaert P, van Harten P, Rhebergen D. The psychopharmacology of catatonia, neuroleptic malignant syndrome, akathisia, tardive dyskinesia, and dystonia. *Handb Clin Neurol.* 2019;165:415-28.
10. Caroff SN, Mann SC, Campbell EC. Neuroleptic malignant syndrome and the catatonic dilemma. *Psychopharmacology (Berl).* févr 2015;232(3):661-2.

11. Fink M, Taylor M. *Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment*. New York, NY: Cambridge University Press; 2003. 256 p.
12. Solmi M, Pigato GG, Roiter B, Guaglianone A, Martini L, Fornaro M, et al. Prevalence of Catatonia and Its Modulators in Clinical Samples: Results from a Meta-analysis and Meta-regression Analysis. *Schizophr Bull*. 20 août 2018;44(5):1133-50.
13. Llesuy JR, Medina M, Jacobson KC, Cooper JJ. Catatonia Under-Diagnosis in the General Hospital. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2018;30(2):145-51.
14. Van der Heijden FMMA, Tuinier S, Arts NJM, Hoogendoorn MLC, Kahn RS, Verhoeven WMA. Catatonia: disappeared or under-diagnosed? *Psychopathology*. févr 2005;38(1):3-8.
15. Dhossche DM, Stoppelbein L, Rout UK. Etiopathogenesis of catatonia: generalizations and working hypotheses. *J ECT*. 2010;26(4):253-8.
16. Pommepuy N, Januel D. Catatonia: resurgence of a concept. A review of the international literature. *L'Encephale*. déc 2002;28(6 Pt 1):481-92.
17. Northoff G, Steinke R, Czervinka C, Krause R, Ulrich S, Danos P, et al. Decreased density of GABA-A receptors in the left sensorimotor cortex in akinetic catatonia: investigation of in vivo benzodiazepine receptor binding. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. oct 1999;67(4):445-50.
18. Volle DC, Marder KG, McKeon A, Brooks JO, Kruse JL. Non-Convulsive Status Epilepticus in the Presence of Catatonia: A Clinically Focused Review. *Gen Hosp Psychiatry*. févr 2021;68:25-34.
19. Caroff SN, Mann SC, Francis A, Fricchione GL. *Catatonia: From Psychopathology to Neurobiology*. American Psychiatric Pub; 2007. 244 p.
20. Madigand J, Lebain P, Callery G, Dollfus S. Catatonic syndrome: From detection to therapy. *L'Encephale*. août 2016;42(4):340-5.
21. Sienaert P, Dhossche DM, Vancampfort D, De Hert M, Gazdag G. A clinical review of the treatment of catatonia. *Front Psychiatry*. 2014;5:181.
22. Rasmussen SA, Mazurek MF, Rosebush PI. Catatonia: Our current understanding of its diagnosis, treatment and pathophysiology. *World J Psychiatry*. 22 déc 2016;6(4):391-8.
23. Grandal Leiros B, Roldán Larreta JJ, Moreno Eguinoa L. Diagnosis and treatment of catatonia in the elderly. *Rev Espanola Geriatr Gerontol*. déc 2010;45(6):360-1.
24. Sienaert P, Dhossche DM, Gazdag G. Adult catatonia: etiopathogenesis, diagnosis and treatment. *Neuropsychiatry*. 2013;3(4):391.
25. ANSM. Lorazepam, données de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. [Internet]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/tableau-acces-derogatoire/ativan#>
26. Beach SR, Gomez-Bernal F, Huffman JC, Fricchione GL. Alternative treatment strategies for catatonia: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. sept 2017;48:1-19.
27. Carroll B, Pinson V. Catatonia: Diagnostic approaches and therapeutic management. *Future Neurol*. 9 oct 2015;10.
28. Clinebell K, Azzam PN, Gopalan P, Haskett R. Guidelines for preventing common medical complications of catatonia: case report and literature review. *J Clin Psychiatry*. juin 2014;75(6):644-51.
29. Narayanaswamy JC, Tibrewal P, Zutshi A, Srinivasaraju R, Math SB. Clinical predictors of response to treatment in catatonia. *Gen Hosp Psychiatry*. juin 2012;34(3):312-6.
30. Sharma P, Sawhney I, Jaimes-Albornoz W, Serra-Mestres J. Catatonia in Patients with Dementia Admitted to a Geriatric Psychiatry Ward. *J Neurosci Rural Pract*. août 2017;8(Suppl 1):S103-5.
31. Saito Y, Noto K, Kobayashi R, Suzuki A, Morioka D, Hayashi H, et al. Catatonia as the Initial Manifestation of Dementia with Lewy Bodies. *Am J Case Rep*. 7 juill 2021;22:e932018.
32. Jaimes-Albornoz W, Ballesteros-Prado A, Serra-Mestres J. Catatonia in Patients with Frontotemporal Dementia. *Eur Psychiatry*. mars 2015;30(S1):1-1.
33. Utumi Y, Iseki E, Arai H. Three patients with mood disorders showing catatonia and frontotemporal lobes atrophy. *Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc*. déc 2013;13(4):254-9.
34. Pompanin S, Pigato G, Roiter B, Bussè C, Cecchin D, Cagnin A. Catatonia as Presenting Manifestation of Behavioral Frontotemporal Dementia: Insight From a PET/MRI Study. *Prim Care Companion CNS Disord*. 15 avr 2021;23(2):20102754.



# PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE : FORMATION ET FILIÈRES DE SOINS

La psychiatrie de la personne âgée (PPA) a une définition consensuelle déclarée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1996 : « La psychiatrie du sujet âgé est une branche de la psychiatrie, partie intégrante de l'organisation multidisciplinaire des soins en santé mentale destinés aux personnes âgées. [...]. Elle s'occupe de l'ensemble des maladies psychiatriques et de leurs conséquences, particulièrement des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des psychoses de l'âge avancé et des toxicomanies. Elle traite en outre les patients âgés souffrant de maladies psychiatriques apparues à l'âge adulte et continuant à s'exprimer dans l'âge avancé. » (1). L'OMS estime que près de 15 % des personnes de plus de 60 ans souffrent d'une maladie mentale. Or l'accès aux soins psychiatriques est particulièrement complexe pour les personnes âgées. Pourtant des formations spécialisées et des filières de soins spécifiques existent.

## Formation en Psychiatrie de la Personne Agée

La psychiatrie de la personne âgée est une spécialité officielle de la psychiatrie parmi les plus récentes. Elle a été créée lors de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales de 2017 (2). Plus précisément, il s'agit d'une option du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Psychiatrie au même titre que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (plus connue sous le nom de pédopsychiatrie). Pour valider leur formation de PPA, les internes et docteurs junior de psychiatrie doivent réaliser 2 semestres de stage en PPA. Selon les subdivisions, un stage d'un semestre en gériatrie ou neurologie est conseillé voire obligatoire.

Les internes et docteurs junior de PPA sont fédérés au sein de l'ANIPPA (Association Nationale des Internes de PPA – Contact : assoanippa@gmail.com).

L'option PPA n'entraîne pas de caractère limitant à l'exercice du psychiatre. Il peut ainsi encore prendre en charge des patients adultes jeunes.

La PPA est également accessible aux psychiatres une fois le 3<sup>e</sup> cycle des études médicales terminé. Deux possibilités s'offrent alors à eux :

- La réalisation « post-graduée » de l'option PPA du DES, nouvelle modalité créée récemment (3) et qui débutera de manière effective à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023.
- La réalisation d'un diplôme universitaire ou inter-universitaire de PPA. Cette dernière modalité à l'inverse de la première n'a pas de caractère qualifiant.

La formation en PPA en France reste encore très hétérogène dans sa répartition géographique (4) mais tend progressivement à s'améliorer.

## Filières de soins

Tout comme pour la formation, il demeure une très forte hétérogénéité d'offre de soins en PPA sur le territoire national. Ainsi les dispositifs décrits ci-après peuvent ou non être présents dans certaines parties de l'Hexagone.

Il n'y pas de limite basse officielle pour l'entrée dans les dispositifs de soins de PPA. L'âge de 65 ans est fréquemment retrouvé mais certains établissements choisissent parfois des âges supérieurs (70 voire 75 ans). Enfin, une condition est souvent ajoutée à celle de l'âge pour l'admission du patient dans ces dispositifs de soins : l'absence de soin antérieur dans un dispositif de psychiatrie « adulte » (ou alors une durée d'absence de soins généralement fixée à 5 ans). Cette condition est souvent une sécurité pour éviter que les dispositifs de PPA soient accaparés par la prise en charge de patients souffrant de troubles psychiatriques graves et d'évolution déficitaire une fois l'âge limite atteint.

### Secteur public

La complexité des prises en soins de PPA entraîne souvent leur prise en charge par le secteur public ou privé à mission de service public. Pour rappel, la psychiatrie publique française est régie par une organisation dite « sectorielle ». Ainsi, à l'adresse de résidence du patient correspond une filière de soins. Cependant vu la rareté des compétences gérontopsychiatriques, il n'est pas rare que plusieurs secteurs psychiatriques unissent leur moyen pour organiser cette prise en charge. Les dispositifs ainsi créés sont donc « intersectoriels ».

Autre particularité de l'organisation sanitaire psychiatrique publique française, les dispositifs de soins ambulatoires psychiatriques (centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour...) sont, à de rares exceptions près, portés par les établissements publics de santé mentale (EPSM).

On distinguera par la suite les structures intra-hospitalières des structures ambulatoires.

### Dispositifs intra-hospitaliers

Il s'agit ici des unités hospitalières de PPA. Ces unités sont dédiées à l'accueil de patients âgés présentant un épisode aigu d'une pathologie psychiatrique. Selon les projets de soins de chaque unité ou pôle, ces unités accueillent ou non :

- Des patients présentant une pathologie psychiatrique de longue évolution.
- Des patients présentant une symptomatologie psycho-comportementale d'une maladie neuro-évolutive.

Le cœur de mission de ces unités reste néanmoins **la prise en soin de patient présentant une pathologie psychiatrique avérée de survenue tardive** ou alors **d'évolution chronique mais diagnostiquée à un âge avancé**.

### Dispositifs ambulatoires

La PPA est un exercice essentiellement ambulatoire en France grâce aux dispositifs suivants :

- ➔ **Le centre médico-psychologique (CMP) pour personnes âgées** : il peut s'agir de tout un CMP dédié à la PPA ou d'une consultation de PPA au sein d'un CMP dit « adulte » c'est-à-dire accueillant tout patient majeur.
- ➔ **Le centre d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) pour personnes âgées** : ces centres viennent en complément des CMP (ou tout autre forme de suivi psychiatrique) pour proposer aux patients des thérapies non-médicamenteuses, généralement groupales.
- ➔ **L'hôpital de jour (HDJ) psychiatrique pour personnes âgées** : les HDJ de PPA peuvent avoir différentes missions qui se cumulent souvent :
  - Diagnostiques.
  - Thérapeutiques avec des soins intensifs médicamenteux et non médicamenteux pluri-hebdomadaires, individuels et groupaux.
- ➔ **Les équipes mobiles de PPA** : elles sont bâties comme nombre d'équipes mobiles de gériatrie extra-hospitalières sur le modèle de *l'évaluation-orientation* et n'assurent pas de prise en charge au long cours.

### Secteur privé

Si le secteur public porte la grande majorité des dispositifs de soins de PPA, le secteur privé se développe, notamment ces dernières années.

### Dispositifs intra-hospitaliers

Il s'agit ici des unités de PPA en cliniques psychiatriques. Elles accueillent généralement des patients avec des troubles psychiatriques plus légers que dans le secteur public. Elles ne sont pas habilitées, à l'inverse du public, à assurer des soins psychiatriques sans consentement. Ces unités accueillent des patients présentant des troubles anxieux ou dépressifs d'intensité variable plus ou moins comorbides de troubles de personnalité.

### Dispositifs ambulatoires

Certains psychiatres libéraux se spécialisent en PPA. Cependant il n'existe aucune cotation spécifique pour les consultations de PPA à la différence de

celle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui bénéficie d'un complément d'acte dédié. Or ces consultations sont généralement plus longues du fait de l'implication plus fréquente des familles et comprennent parfois des formalités médico-administratives (dossier APA, dossier EHPAD...) qui ne sont donc pas valorisées.

Il existe enfin en France quelques HDJ privés de PPA qui sont souvent inclus dans des HDJ privés pour adulte. Ces structures, qui ont les mêmes missions que les HDJ publics, accueillent principalement des patients présentant des troubles de la personnalité et/ou des troubles anxiodépressifs.



### Conclusion

La PPA se développe progressivement ces dernières années pour faire face au défi du vieillissement de la population. La formation en PPA est très récente et les premières promotions de psychiatres de la personne âgée sont attendues pour la fin de l'année 2022. Les dispositifs de soins de PPA se calquent le plus souvent sur leur pendant de psychiatrie adulte notamment dans le secteur public.

**Dr Alexis LEPETIT**

Psychiatre, Capacitaire de gériatrie  
Réseau OMERIS (CALUIRE-ET-CUIRE)

Hospices Civils de Lyon (CH des CHARPENNES, VILLEURBANNE)

Team Neuroplasticity in Parkinson's (Institut des Sciences Cognitives Marc Jeannerod, BRON)

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

### Références

1. Hanon, Cécile. « La psychiatrie de la personne âgée : contours et perspectives », Rhizome, vol. 74, no. 4, 2019, pp. 6-6.
2. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.
3. Arrêté du 25 avril 2022 relatif aux modalités d'accès des médecins en exercice au troisième cycle des études de médecine.
4. Lepetit A, Lavigne B, Legros E, Herrmann M, Sebbane D. La psychiatrie de la personne âgée au sein du diplôme d'études spécialisées de psychiatrie en France : résultat d'une enquête nationale [Specialized training in geriatric psychiatry during residency in France]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2014 Sep;12(3):305-12. French. doi: 10.1684/pnv.2014.0489. PMID: 25245317.



# PSYCHIATRE EN CONSULTATION MÉMOIRE

## Bonjour, pouvez-vous vous présenter en quelques lignes ?

Je m'appelle Mathieu Herrmann, je suis praticien hospitalier au Pôle de Psychiatrie de la Personne Âgée où j'exerce aussi le rôle de responsable du service ambulatoire au Centre Hospitalier Le Vinatier, principal hôpital psychiatrique de la région lyonnaise.

La plus grande partie de mon activité consiste en une activité de consultation psychiatrique classique auprès des personnes âgées de plus de 65 ans, présentant surtout des troubles psychiatriques de début tardif ou en rupture de suivi. Nous avons en effet la chance sur notre territoire d'avoir pu développer des Centres Médico-Psychologiques dédiés à cette population avec des prises en soins pluriprofessionnelles. Nous nous appuyons aussi sur des

services d'hospitalisations pour Personnes Âgées ainsi que d'autres dispositifs ambulatoires de type équipe mobile.

En parallèle de cette activité j'ai la chance de participer à une consultation mémoire au sein du même hôpital, développée par le Dr Jean-Michel Dorey, depuis un peu moins de dix ans. Dans ce contexte, j'ai eu l'occasion de participer à la première session du DIU Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées (DIU MA2) lors de mon assistantat. Ce DIU a été un moment riche en échanges et émulations entre neurologues, gériatres et psychiatres et a confirmé mon intérêt pour la cognition et surtout pour le travail en collaboration avec les autres spécialités intervenant dans le domaine.

## Quelles sont les particularités de la consultation mémoire dans laquelle vous exercez ?

Tout d'abord il s'agit d'une consultation mémoire adossée à un hôpital psychiatrique, ce qui n'est pas courant.

Il s'agit d'une consultation labellisée, nous avons des liens forts avec le Centre Mémoire Ressource Recherche (CMRR) mais sans en faire partie.

Pour vous donner un exemple, nous accueillons des internes affectés à mi-temps dans le service et à mi-temps à la consultation mémoire neurologique du CMRR.

De même, l'unité a une vocation universitaire ce qui est une des particularités du CH Le Vinatier dans lequel co-existent des services universitaires et classiques. Dans ce contexte nous participons aux enseignements académiques et développons des activités de recherche.

L'effectif est modeste puisque l'équipe est composée de temps (très) partiels de deux psychiatres, deux neuropsychologues, une infirmière et une assistante médico-administrative.

## Quelles sont les missions de cette consultation mémoire au sein d'un hôpital psychiatrique ?

Les missions de la consultation mémoire neuropsychiatrique sont triples :

Tout d'abord, **aider au diagnostic différentiel des pathologies psychiatriques avec involution cognitive**. En effet, on sait maintenant que le risque d'évolution démentielle est multiplié par 3 dans les pathologies psychiatriques chroniques comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire.

Une autre mission est d'**améliorer le repérage et le diagnostic des troubles neurocognitifs à mode d'entrée psychiatrique**. Par exemple, environ 30 % des maladies d'Alzheimer et maladie à corps de

Lewy, et quasiment une maladie fronto-temporale sur deux sont initialement confondues avec une pathologie psychiatrique primaire.

Enfin, le dernier objectif est de proposer **des avis thérapeutiques et diagnostiques pour les troubles du comportement complexes** compliquant les troubles neurocognitifs.

L'évaluation des troubles du comportements et leur prise en soins ne fait pas partie des indications retenues par la consultation mémoire, cette mission étant remplie par une consultation ou une équipe mobile dédiée des Hospices Civils de Lyon.

## En dehors de cette consultation un peu spécifique, quels peuvent être les apports d'un.e psychiatre dans les consultations mémoire ?

Les psychiatres peuvent amener une **expertise diagnostique et thérapeutique** complémentaire aux gériatres et neurologues.

Par leur formation en psychiatrie générale ainsi qu'en psychiatrie de la personne âgée, ils peuvent notamment apporter des connaissances sur les manifestations cognitives des troubles psychiatriques, les addictions mais aussi sur les manifestations neuropsychiatriques prodromales ou associées aux troubles neurocognitifs débutants. Ils aident ainsi à trouver ou éliminer des diagnostics différentiels.

Les échanges pluridisciplinaires vont aussi permettre de discuter de potentielles intrications neuro-psychiatriques. Il s'agit régulièrement d'évoquer des comorbidités avec une modulation de l'expression des troubles cognitifs par une pathologie psychiatrique antérieure, plutôt qu'une lecture un peu réductrice « psy/pas psy ».

Au niveau thérapeutique, la connaissance des psychotropes facilite leur utilisation et optimisation lorsque cela est nécessaire mais renforce aussi la prise en compte de la iatrogénie. La connaissance d'autres outils thérapeutiques permet aussi d'évaluer la faisabilité et l'indication de différentes psychothérapies en fonction des troubles et de leur intensité.

Enfin, la grille de lecture des situations est peut-être un peu différente et le psychiatre est d'une certaine manière à l'interface entre le modèle biomédical et un modèle psycho-social, permettant d'articuler les deux pour une prise en soins individualisée.

Par ailleurs, ils n'ont pas peur des « patients psy ». Cela peut paraître accessoire mais pas tant que cela en réalité...

## Est-ce un exercice qui peut être amené à se développer ?

Je l'espère !

La mise en place d'une option « Psychiatrie de la Personne Âgée » dans le DES de Psychiatrie devrait permettre de développer les connaissances et l'intérêt des internes en psychiatrie pour la Personne Âgée et le travail d'articulation avec les gériatres. Il en va de même en ce qui concerne le DIU MA2.

La prévalence importante des symptômes thyroïdiens et anxieux dans les troubles neurodégénératifs débutants et le vieillissement des personnes avec pathologies psychiatriques chroniques vont nécessiter des compétences particulières et nourrir des discussions pluri-professionnelles riches !

**Dr Mathieu HERRMANN**

CH Le Vinatier - Pôle de Psychiatrie de la Personne Âgée, Bron  
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

## MANAGEMENT DES PSYCHOTROPES

Les psychotropes occupent une place prépondérante dans l'arsenal thérapeutique des pathologies neuro-psychiatriques du sujet âgé.

Ils sont utilisés dans de nombreuses situations cliniques, mais leur prescription reste hors autorisation de mise sur le marché (AMM) dans de nombreuses situations. Des études suggèrent un mésusage dans certains cadres nosologiques (1, 2), et nombre d'entre eux sont inscrits dans les listes des médicaments potentiellement inappropriés (3, 4, 5).

Leurs effets indésirables sont fréquents et parfois sévères tel que le déclin cognitif, les chutes, les fractures et peuvent être responsables d'un excès de mortalité.

Ainsi, l'évaluation du rapport bénéfice-risque est primordiale. Elle doit se faire à la lumière des comorbidités, des co-prescriptions ainsi que des particularités pharmacocinétiques et pharmacodynamiques rencontrées chez le sujet.

Avant toute prescription ou renouvellement de prescription de psychotrope, il est essentiel de mener un interrogatoire et un examen clinique minutieux afin de ne pas méconnaître une pathologie organique ou un évènement iatrogène. On conseille de :

- Récupérer toutes les ordonnances (s'il existe plusieurs prescripteurs) ;
- Établir un historique de ces prescriptions ;
- Étudier les posologies et les durées d'exposition ;
- Rechercher une automédication, un mésusage/abus/dépendance des médicaments, ainsi qu'une consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives (6).

Un bilan pré-thérapeutique s'impose dans la plupart des situations et sera détaillé dans chaque rubrique de cet article (6).

L'ensemble de ces informations permet au praticien d'établir une prescription la plus précise et la plus sécuritaire possible, pour permettre un traitement individualisé.

Les interventions non médicamenteuses constituent toujours le traitement de première intention, au sein d'une prise en charge globale et bien souvent pluridisciplinaire (intégrant la correction des déficits sensoriels, le soutien nutritionnel, l'hygiène du sommeil, l'activité physique, la psychothérapie, etc.) (7, 8).

Cette fiche pratique vous propose un descriptif non exhaustif des différentes classes pharmacologiques existantes, ainsi qu'une aide à la prescription des principales molécules, dans des situations classiques ou plus rares.

## Les antidépresseurs

### Dans quelles situations les utiliser ?

- Épisode dépressif caractérisé, au stade modéré à sévère (9).
- Trouble panique, avec ou sans agoraphobie (10).
- Trouble anxieux généralisé.
- État délirant dans la démence : efficacité suggérée du Citalopram (11).
- État d'agitation dans la démence (12).

### Deux indications discutables/controversées car sans efficacité prouvée :

- ➔ État dépressif associé à une démence (13).
- ➔ Apathie dans la démence : absence d'efficacité prouvée et risque d'aggravation de l'apathie (14).

### Effets indésirables et contre-indications

Il est essentiel de bien connaître le profil de tolérance des principales molécules car elles présentent de nombreux et fréquents effets indésirables (15, 16) :

- Hyponatrémie, dont syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone anti-diurétique.
- Troubles du rythme cardiaque et allongement de l'espace QT.
- AVC ischémique, hémorragie intra-cérébrale.
- HTA, hypotension orthostatique.
- Effets anticholinergiques.
- Saignements.

À cela s'ajoute un risque élevé d'interaction médicamenteuse, et ce avec de nombreuses classes pharmacologiques : anti-arythmiques, neuroleptiques, anti-histaminiques, autres antidépresseurs, antibiotiques, etc. Citons quelques-unes des molécules fréquemment rencontrées en milieu gériatrique : Coumadine, Tramadol, Fentanyl, Sotalol, Amiodarone, Hydroxyzine...

Les contre-indications et les mises en garde sont également fréquentes (insuffisances rénale et hépatique, allongement du QT acquis/congénital, association avec certaines molécules...).

Il est donc impératif de vérifier les résumés et caractéristiques des produits.

### Management (introduction – posologie – réévaluation – arrêt)

On rappelle qu'un traitement antidépresseur doit toujours être associé à une prise en charge non médicamenteuse (psychothérapies interpersonnelles, thérapies cognitivo-comportementales, électro-convulsivothérapie...). Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) constituent un guide précieux (9).

Un examen somatique et une évaluation cognitive doivent être réalisés avant et pendant le traitement.

Un bilan paraclinique pré-thérapeutique est conseillé : natrémie, kaliémie, magnésémie, hémoglobine, fonctions rénale et hépatique ; électrocardiogramme (6, 17).

La titration est de rigueur jusqu'à obtention d'une posologie minimale efficace.

L'échec du traitement s'envisage au bout de 6 à 12 semaines. Dans ce cas, il est judicieux de vérifier l'observance (éventuellement par le dosage du taux plasmatique), et de rechercher des effets secondaires avant de majorer la dose ou de changer de molécule (6). Le dosage du médicament doit se faire juste avant la prise (taux « résiduel »), ce qui reste difficile pour les traitements administrés le soir.

L'évaluation de l'efficacité et de la tolérance doit être régulière et le praticien doit toujours rechercher un diagnostic différentiel (apathie dans la démence, dépression résistante, etc.).

En effet, des études décrivent une surconsommation dans la population des sujets atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA) par rapport aux sujets du même âge (18), suggérant des prescriptions potentiellement inappropriées (13, 19).

Le suivi biologique doit comporter un ionogramme et une NFS régulièrement, l'espacement des contrôles est à la libre-appréciation du praticien, selon les facteurs de risque du patient. Un ECG est recommandé en cas de modification de la posologie.

La durée théorique du traitement est de 6 à 12 mois après rémission (pour un premier et second épisode), afin d'éviter la rechute (9). Certaines publications proposent de maintenir le traitement pendant 2 ans (20).

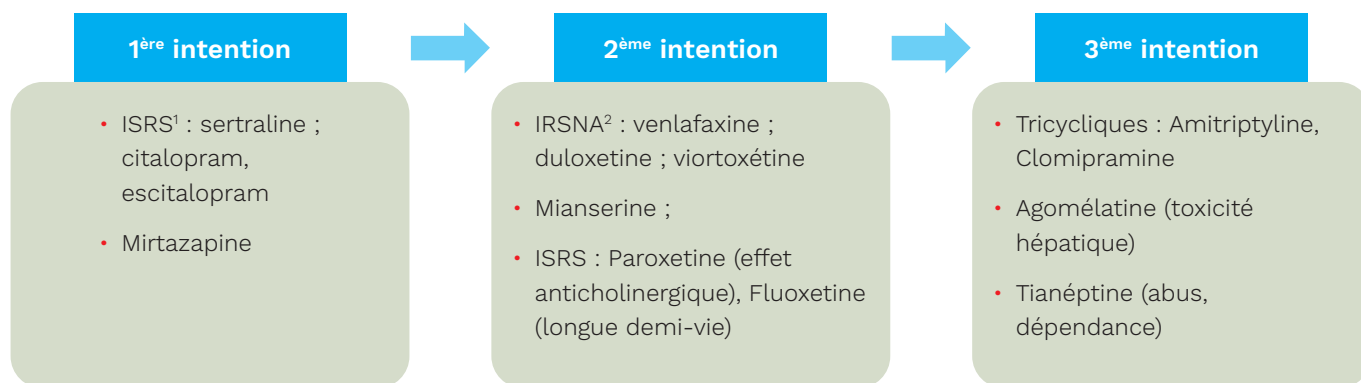
L'arrêt s'effectue progressivement, idéalement sur plusieurs semaines, afin d'éviter un syndrome de sevrage.

L'usage de 2 antidépresseurs simultanément n'est pas recommandé (interactions médicamenteuses avec risque accru de syndrome sérotoninergique).

La co-prescription d'une benzodiazépine (à courte demi-vie) ou d'un neuroleptique peut s'effectuer uniquement en cas de symptomatologie anxieuse ou psychotique importante, et pour une durée n'excédant pas 2 semaines.

### Quelles molécules préférer ?

Les profils d'efficacité semblent comparables entre les différentes classes, mais les profils de tolérance sont différents. Ainsi, le choix thérapeutique résulte systématiquement de l'évaluation des comorbidités et des interactions médicamenteuses possibles/évitables.



1 : ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

2 : IRSNA : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

### Quelles molécules éviter ?

Les Tricycliques et les IMAO (Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase) présentent le profil de tolérance le moins bon.

Les IMAO (Moclobémide...), doivent être utilisés en ultime recours, et uniquement après un avis spécialisé.

### Quelques particularités

- La Sertraline semble intéressante pour traiter les affects dépressifs dans la maladie d'Alzheimer (21).
- La Miansérine et la Mirtazapine ont un effet hypnotique/sédatif (15).
- La Mirtazapine a un effet orexigène et favorise la prise de poids (15).
- Le Citalopram (10-20 mg) présente une efficacité suggérée dans les états délirants dans la démence (11).
- L'Escitalopram (5-10 mg) a obtenu une AMM dans le trouble anxieux généralisé.

- La Duloxetine a montré une efficacité sur les douleurs neuropathiques (15).
- L'Escitalopram et le Citalopram sont disponibles sous forme buvable, la Mirtazapine sous forme orodispersible.
- Les Tricycliques sont contre-indiqués en cas de troubles cognitifs avérés en raison de leurs effets anticholinergiques.

### Perspectives

- ➔ D'après une récente étude, seulement 15 % des participants aux essais cliniques seraient de « bons » répondeurs à un antidépresseur, comparativement au placebo. Il est suggéré de mieux appréhender les profils bio-pharmacologiques des patients afin de mieux choisir la molécule (22).
- ➔ Des études chez l'adulte jeune évaluent des molécules comme la kétamine ou la psilocybine (23, 24).

## Les neuroleptiques ou antipsychotiques

Dans les troubles neurocognitifs majeurs, la HAS réserve l'utilisation des neuroleptiques aux états délirants sévères ou fréquents, qui ont un impact grave sur l'état fonctionnel ou psychique du patient, ou qui sont responsables d'une dangerosité accrue ou imminente. Ils sont assez largement prescrits dans le cadre des symptômes psycho-comportementaux (SPCD) perturbateurs (agitation, délire, hallucinations, agressivité).

Leur introduction doit se faire en seconde intention, après une prise en charge non médicamenteuse (25, 26).

### Dans quelles situations les utiliser ?

- SPCD perturbateurs secondaires à un état démentiel responsables d'une dangerosité accrue ou imminente.
- État psychotique vieillissant.
- Mélancolie délirante (en association avec le traitement de la dépression).
- Trouble bipolaire (pour les antipsychotiques de 2<sup>ème</sup> génération).

### Effets indésirables (27, 28)

Ils sont fréquents, parfois graves.

Mortalité accrue  
Hospitalisations

Abaisse le seuil  
épileptogène

Chutes et chutes  
graves

Déclin cognitif

AVC

Syndrome  
extrapyramidal

Hypotension  
orthostatique

Effets anticholi-  
nergiques

Troubles de la  
déglutition

Syndrome  
métabolique

**Management** (introduction – posologie – réévaluation – arrêt) (25, 29, 30)

Le bilan pré-thérapeutique conseillé comprend une évaluation des facteurs de risque cardio-vasculaires (exploration des anomalies lipidiques, glycémie à jeun), un ionogramme, une évaluation de la fonction rénale et hépatique, une NFS et un électrocardiogramme.

La dose initiale est inférieure à celle de l'adulte plus jeune.

On effectuera une titration avec augmentation progressive de la dose.

La réévaluation doit être fréquente (au moins hebdomadaire).

Le traitement doit être stoppé ou diminué en cas d'effet indésirable.

En cas d'inefficacité au bout de 4 semaines, le traitement restera inefficace, et il convient de l'arrêter.

En cas d'efficacité, la durée théorique est de 6 à 12 semaines, au terme desquels un arrêt devra être réalisé, malgré le risque de rechute. On renforcera par ailleurs la prise en charge non médicamenteuse (thérapie méditées par l'animal, la musique, formation des aidants formels et informels, etc.).

L'adjonction temporaire, durant 2 à 4 mois, d'un antidépresseur ISRS peut aider à éviter la rechute et permettre l'arrêt de l'antipsychotique (31).

L'arrêt ne nécessite pas de modalités particulières (pas de paliers décroissants) mais en cas d'imprégnation depuis plusieurs mois, il est recommandé de ne pas arrêter le traitement brutalement.

À noter que les anticholinergiques ne sont pas conseillés dans la lutte contre les syndromes extrapyramidaux iatrogènes car ils présentent un rapport bénéfice-risque négatif (confusion, dégradation cognitive...).

### Quelles molécules préférer ?

Le choix doit tenir compte de la présentation clinique/syndromique, de la sévérité et du retentissement du symptôme productif, de la galénique disponible (forme buvable, orodispersible, injectable) et des possibilités d'administration.

Les neuroleptiques d'action retardée (NAP) ne sont pas recommandés (29).

En première intention, préférer les neuroleptiques atypiques dits de deuxième génération :

- Risperidone : 0.25 mg puis augmentation par palier de 0.25 mg. Dose maximale théorique 1 mg x2/j – forme buvable et orodispersible disponibles.
- Olanzapine : 2,5 à 7.5 mg/j - forme orodispersible disponible.
- Aripiprazole : 1 jusqu'à 10 mg/j, forme buvable disponible.
- Quétiapine : 50 à 300 mg/j (Attention, les comprimés sont volumineux et non écrasables).

En deuxième intention :

- Clozapine : 12.5 à 50 mg/j. Primo-prescription hospitalière. Surveillance de la formule leucocytaire toutes les semaines pendant 18 semaines puis tous les mois toute la durée du traitement avec remise d'un carnet de suivi obligatoire pour la délivrance par la pharmacie. La surveillance est justifiée par un risque d'agranulocytose.

La Clozapine est indiquée en 1<sup>ère</sup> intention dans la démence à corps de Lewy (DCL) et la démence parkinsonienne.

En troisième intention :

- Tiapride : 25 à 150 mg/j en 1 à 3 fois par jour. Proposé en 2009 par l'HAS pour le traitement des états psychotiques liés à la démence mais ce traitement n'a plus d'AMM dans cette indication depuis 2016. La forme buvable et son profil de tolérance correct chez le sujet âgé pourrait justifier son utilisation hors AMM.
- Halopéridol : 2 à 3 mg/j, forme buvable disponible. En cas de dangerosité importante. Effet très sédatif et risque de syndrome extra-pyramidal accru.

### Perspectives

La Pimavanserine et le Méthylphénidate font l'objet de recherche, pour le traitement des symptômes productifs pour la Pimavanserine et de l'apathie dans la démence pour le Méthylphénidate (32, 33).

La recherche de traitement de fond de la MA reste à ce jour infructueuse, mais des essais de phases 2/3 sont en cours pour deux molécules (34).

## Les benzodiazepines anxiolytiques

Cette classe pharmaceutique reste fréquemment prescrite (35), malgré les efforts des autorités sanitaires pour limiter le mésusage (36). La HAS a d'ailleurs produit de nombreuses recommandations et fiches mémo (37) afin de guider les prescripteurs.

### Dans quelles situations les utiliser ?

- Les manifestations anxieuses aiguës.
- Les troubles anxieux (trouble anxieux généralisé, trouble panique avec ou sans agoraphobie, phobies spécifiques).

- Les manifestations anxieuses dans les maladies neuro-dégénérative (traitement de la crise).
- Ne seront pas traitées dans cet article les situations suivantes : sevrage alcoolique, épilepsie, sédation, intoxications à un psychostimulant, état d'agitation.

## Effets indésirables (38)

Ils sont fréquents, parfois sévères.



\* À noter que les réactions dites « paradoxales » (agitation, agressivité, passage à l'acte), sont très difficiles à caractériser et par conséquent, « peu fréquentes » (39).

## Management (introduction – posologie – réévaluation – arrêt) (37)

Il est nécessaire de rechercher un état dépressif sous-jacent et une addiction. L'utilisation des benzodiazépines est à éviter au maximum chez des patients souffrant déjà d'addiction (toxique, médicamenteuse) en raison de leur risque de dépendance. Toute nouvelle prescription doit envisager l'arrêt. La durée de prescription doit être la plus courte possible. La durée maximale autorisée est de 12 semaines.

La dose la plus faible possible doit être recherchée. La cumulation de 2 benzodiazépines différentes n'est pas recommandée.

Le renouvellement systématique doit être évité. Il en va de même pour le report systématique vers un autre psychotrope.

Si la consommation est supérieure à 30 jours consécutifs, l'arrêt doit être progressif : généralement sur 4 à 10 semaines (40, 41).

## Quelles molécules préférer ?

Les molécules à demi-vie courte sont préférées :

- Clotiazepam, 4h
- Oxazepam, 8h
- Alprazolam, 10-20h
- Lorazepam, 10-20h

## Quelles molécules éviter ?

Les molécules à demi vie longue (20h ou plus) sont à éviter :

- Bromazepam, 20h
- Clobazam, 20h
- Diazepam, 40h
- Prazepam, 30-150 h
- Clorazepate, 30-150 h

## Particularités

- Le Prazepam, Diazepam, Clonazepam sont disponibles sous forme buvable.
- Le Diazepam, Midazolam, Clonazepam sont disponibles sous forme injectable.
- Le Midazolam est à délivrance hospitalière uniquement (via une Hospitalisation à Domicile pour les patients à domicile ou en EHPAD non hospitalier).

## Les Benzodiazépines hypnotiques

Depuis 2012, les autorités sanitaires françaises luttent contre le mésusage des benzodiazépines hypnotiques et produits apparentés « Z », qui sont classées au plus bas niveau d'intérêt dans le traitement des troubles du sommeil.

En première intention, on insistera sur le rappel des règles d'hygiène du sommeil, et on proposera une thérapie cognitivo-comportementale.

## Effets indésirables

Ce sont les mêmes que pour les benzodiazépines « anxiolytiques », auxquels on peut ajouter le risque de dépendance plus important.

## Molécules disponibles

- Estazolam.
- Loprazolam.
- Lormétazépam.
- Nitrazepam.
- Zolpidem.
- Zopiclone.

## Management

Comme pour les benzodiazépines anxiolytiques, il est recommandé de commencer le traitement à faible dose, pour une durée la plus courte possible (durée de prescription limitée à 28 jours), et d'éviter le renouvellement systématique.

En cas de prise supérieure à 28 jours consécutifs, l'arrêt doit être progressif (risque de rebond d'insomnie ou d'agitation).

## La mélatonine

La mélatonine n'a pas apporté les preuves de son efficacité chez les sujets déments souffrant de troubles du sommeil (42).

Seule, elle n'a pas fait la preuve de son efficacité dans le syndrome crépusculaire (*sundowning syndrome*) (43), mais elle a montré une amélioration du sommeil en cas d'association à de la lumbinothérapie (44).

La mélatonine reste possible dans les troubles du comportement en sommeil paradoxal dans la maladie à corps de Lewy ou dans la maladie de Parkinson. La molécule doit alors être prescrite en libération immédiate, par préparation magistrale, en augmentant par pallier de 2 à 3 mg toutes les 2 semaines. L'ordonnance doit mentionner « En l'absence d'équivalences thérapeutiques disponibles » (45).

On notera un profil de tolérance bien plus favorable que les antipsychotiques et les benzodiazépines.

## Les thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur)

### Indication

La maladie bipolaire est l'unique indication. Le traitement a pour but de traiter l'épisode aigu (maniaque et/ou dépressif) et de prévenir les récurrences/récidives.

L'épisode maniaque est rare dans la population de plus de 65 ans (< 0.5 %) (46).

### Quelles molécules préférer ? (47)

Malgré le défaut d'études randomisées dans la population âgée, les données disponibles décrivent un profil d'efficacité similaire entre le Lithium et le Valproate de sodium.

Les effets indésirables potentiels doivent donc guider le prescripteur.

### La prescription doit être effectuée par un médecin avisé et formé à l'usage de ces thérapeutiques.

On peut formuler les conseils suivants :

*1<sup>ère</sup> intention* : sels de lithium, valproate de sodium, valpromide, antipsychotiques atypiques (aripiprazole, olanzapine, quétiapine, rispéridone) en cas de phase maniaque délirante, sur avis spécialisé.

*2<sup>ème</sup> intention* : Lamotrigine dans les formes à polarité dépressive ; associations lithium ou valproate de sodium + antipsychotiques atypiques.

*3<sup>ème</sup> intention* : Carbamazépine (attention aux risques d'interactions médicamenteuses !).

Après traitement de la crise maniaque, le traitement d'entretien est maintenu pour une durée illimitée, quelle que soit la molécule choisie.

### Particularités

Les sels de lithium et la Carbamazépine sont disponibles sous forme buvable.

La Lamotrigine existe sous forme orodispersible.

### Cas particuliers du Lithium

Il constitue le traitement de 1<sup>ère</sup> intention malgré un profil de tolérance qui nécessite une surveillance accrue.

Il est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale et tous les états pouvant engendrer une augmentation de la lithémie : déplétion hydrosodée, déshydratation, etc.

Les autres contre-indications sont les troubles du rythme et l'allongement de l'intervalle QT.

Les effets secondaires sont nombreux, liés à une toxicité qui peut affecter plusieurs organes ou fonctions : confusion, tremblements, somnolence, insuffisance rénale aiguë, hypernatrémie, dysthyroïdies, troubles du rythme cardiaque, etc.

Le risque d'interaction médicamenteuse concerne les AINS, les corticoïdes, les diurétiques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les inhibiteurs de l'angiotensine II, la carbamazépine, les neuroleptiques ou encore les ISRS.



Ainsi, le bilan pré-thérapeutique comprend un bilan sanguin et urinaire (formule sanguine, ionogramme, fonction rénale, TSH, calcémie, glycémie, protéinurie) ainsi qu'un électrocardiogramme.

La dose initiale et la dose d'entretien sont généralement plus faibles que chez l'adulte jeune.

Le taux plasmatique permet d'apprécier l'efficacité et la tolérance. Il doit être compris entre 0,5 et 0,8 mEq/L. Cette surveillance biologique est indispensable car elle prévient les surdosages.

La lithiémie érythrocytaire constitue un meilleur reflet de la concentration intra-cellulaire en lithium (0,2 à 0,4 mmol/l).

Il est conseillé de surveiller les paramètres biologiques du bilan pré-thérapeutique au moins deux fois par an.

Les signes de surdosage sont vomissements, diarrhées, confusion, tremblements, vertiges.

**La prescription des thymorégulateurs doit être initiée et managée par un médecin connaissant ces molécules et leurs surveillances. En cas de doute, un avis spécialisé est fortement recommandé.**

## Conclusion

Il existe de nombreuses situations de prescriptions des psychotropes, notamment hors AMM, « justifiées » par la gravité des symptômes et leur retentissement sur le patient, son entourage ou ses aidants. Lorsque la prescription devient nécessaire, il convient de toujours respecter des principes de bonne pratique, à savoir l'évaluation du rapport bénéfice-risque, la titration du traitement jusqu'à obtenir la plus petite dose efficace, la surveillance régulière –pour ne pas dire fréquente– de l'efficacité et de la tolérance, et enfin de toujours programmer un arrêt de la molécule.

Effectuer des réévaluations systématiques de l'ordonnance afin de limiter le mésusage (exposition prolongée, posologie inadaptée, interactions médicamenteuses...) demeure la base d'une bonne pratique gériatrique car « **psychotropes un jour** » ne signifie pas forcément « **psychotropes toujours** » !

**Dr Romain VAN OVERLOOP**

Gériatre, praticien hospitalier

Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-mer

(romain.van-overloop@ch-toulon.fr)

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

## Références bibliographiques

- Hanlon, J.T., Wang, X., Castle, N.G., Stone, R.A., Handler, S.M., Semla, T.P., Pugh, M.J., Berlowitz, D.R. and Dysken, M.W. (2011), Potential Underuse, Overuse, and Inappropriate Use of Antidepressants in Older Veteran Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59: 1412-1420. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03522.x>
- Gallagher P, Lang PO, Cherubini A, Topinková E, Cruz-Jentoft A, Montero Errasquin B, Mádlová P, Gasperini B, Baeyens H, Baeyens JP, Michel JP, O'Mahony D. Prevalence of potentially inappropriate prescribing in an acutely ill population of older patients admitted to six European hospitals. *Eur J Clin Pharmacol*. 2011 Nov;67(11):1175-88. doi: 10.1007/s00228-011-1061-0. Epub 2011 May 17. PMID: 21584788.
- By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019 Apr;67(4):674-694. doi: 10.1111/jgs.15767. Epub 2019 Jan 29. PMID: 30693946.
- Renom-Guiteras A, Meyer G, Thürmann PA. The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *Eur J Clin Pharmacol*. 2015 Jul;71(7):861-75. doi: 10.1007/s00228-015-1860-9. Epub 2015 May 14. PMID: 25967540; PMCID: PMC4464049.
- Roux B, Berthou-Contreras J, Beuscart JB, Charenton-Blavignac M, Doucet J, Fournier JP, de la Gastine B, Gautier S, Gonthier R, Gras V, Grau M, Noize P, Polard E, Rudelle K, Valnet-Rabier MB, Tannou T, Laroche ML. REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. *Eur J Clin Pharmacol*. 2021 Nov;77(11):1713-1724. doi: 10.1007/s00228-021-03145-6. Epub 2021 Jun 11. PMID: 34115158.
- Bennabi D, Yrondi A, Charpeaud T, Genty JB, Destouches S, Lancrenon S, Allaili N, Bellivier F, Bougerol T, Camus V, Doumy O, Dorey JM, Haesebaert F, Holtzmann J, Lançon C, Lefebvre M, Moliere F, Nieto I, Rabu C, Richieri R, Schmitt L, Stephan F, Vaiva G, Walter M, Leboyer M, El-Hage W, Aouizerate B, Haffen E, Llorca PM, Courtet P. Clinical guidelines for the management of depression with specific comorbid psychiatric conditions French recommendations from experts (the French Association for Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology and the fondation FondaMental). *BMC Psychiatry*. 2019 Jan 30;19(1):50. doi: 10.1186/s12888-019-2025-7. PMID: 30700272; PMCID: PMC6354367.

7. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG; Detroit Expert Panel on Assessment and Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *J Am Geriatr Soc.* 2014 Apr;62(4):762-9. doi: 10.1111/jgs.12730. Epub 2014 Mar 17. PMID: 24635665; PMCID: PMC4146407.
8. Saïd Tayaa, Gilles Berrut, Anne-Sophie Seigneurie, Cécile Hanon, Nathalie Lestrade, Frédéric Limosin, Nicolas Hoertel. Diagnostic et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement.* 2020;18(1):88-96. doi:10.1684/pnv.2019.0833
9. Haute autorité de santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Recpmmandation pour la pratique clinique. Argumentaire scientifique. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression\\_adulte\\_argumentaire\\_diagnostic.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf)
10. Maxime Pace, Mathilde Heckendorn, Bruno Aouizerate, Cécile Hanon, Anne-Sophie Seigneurie, Pierre Lavaud, Franz Hozer, Rachel Pascal De Raykeer, Christophe Guerin-Langlois, Lucile Cormier, Hélène Poncelin De Raucourt, Frédéric Limosin, Nicolas Hoertel. Prise en charge du trouble panique chez le sujet âgé. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement.* 2020;18(3):295-304. doi:10.1684/pnv.2020.0878
11. Leonpacher AK, Peters ME, Drye LT, Makino KM, Newell JA, Devanand DP, Frangakis C, Munro CA, Mintzer JE, Pollock BG, Rosenberg PB, Schneider LS, Shade DM, Weintraub D, Yesavage J, Lyketsos CG, Porsteinsson AP; CitAD Research Group. Effects of Citalopram on Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's Dementia: Evidence From the CitAD Study. *Am J Psychiatry.* 2016 May 1;173(5):473-80. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15020248. Epub 2016 Apr 1. PMID: 27032628.
12. Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG, Devanand DP, Frangakis C, Ismail Z, Marano C, Meinert CL, Mintzer JE, Munro CA, Pelton G, Rabins PV, Rosenberg PB, Schneider LS, Shade DM, Weintraub D, Yesavage J, Lyketsos CG; CitAD Research Group. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. *JAMA.* 2014 Feb 19;311(7):682-91. doi: 10.1001/jama.2014.93. PMID: 24549548; PMCID: PMC4086818.
13. Mathilde Gourdon, Laurence Petit, Sandrine Delpierre, Mélanie Sebbagh-Eczet, Janina Estrada, Caroline Marquis, Agathe Raynaud-Simon, Dominique Bonnet-Zamponi. Excès de traitement par les antidépresseurs des sujets âgés atteints de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés dans le secteur ambulatoire. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement.* 2020;18(4):395-404. doi:10.1684/pnv.2020.0850
14. Ruthirakuhan MT, Herrmann N, Abraham EH, Chan S, Lanctôt KL. Pharmacological interventions for apathy in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 5. Art. No.: CD012197. DOI: 10.1002/14651858.CD012197.pub2. Accessed 08 October 2022.
15. Alamo C, López-Muñoz F, García-García P, García-Ramos S. Risk-benefit analysis of antidepressant drug treatment in the elderly. *Psychogeriatrics.* 2014 Dec;14(4):261-8. doi: 10.1111/psyg.12057. PMID: 25495088.
16. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Informations sécurité patient. Citalopram et Escitalopram : rappel sur le risque d'allongement dose-dépendant de l'intervalle QT. Mai 2022. <https://ansm.sante.fr/informations-de-securite/citalopram-et-escitalopram-seropram-seroplex-generiques-rappel-sur-le-risque-dallongement-dose-dependant-de-lintervalle-qt>
17. New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. An Evidence-based Best Practice Guideline. Published by New Zealand Guidelines Group; Wellington: 2008.
18. Breining A, Bonnet-Zamponi D, Zerah L, Micheneau C, Riolacci-Dhoyen N, Chan-Chee C, Deligne J, Harlin JM, Boddaert J, Verny M, Leperre-Desplanques A. Exposure to psychotropics in the French older population living with dementia: a nationwide population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2017 Jul;32(7):750-760. doi: 10.1002/gps.4517. Epub 2016 May 29. PMID: 27237864.
19. Guthrie B, Clark SA, McCowan C. The burden of psychotropic drug prescribing in people with dementia: a population database study. *Age Ageing.* 2010 Sep;39(5):637-42. doi: 10.1093/ageing/afq090. Epub 2010 Jul 12. PMID: 20625185.
20. Reynolds CF 3rd, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, Houck PR, Mazumdar S, Butters MA, Stack JA, Schlernitzauer MA, Whyte EM, Gildengers A, Karp J, Lenze E, Szanto K, Bensasi S, Kupfer DJ. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med.* 2006 Mar 16;354(11):1130-8. doi: 10.1056/NEJMoa052619. PMID: 16540613.
21. Drye LT, Martin BK, Frangakis CE, Meinert CL, Mintzer JE, Munro CA, et al. Do treatment effects vary among differing baseline depression criteria in depression in Alzheimer's disease study 2 (DIADS-2)? *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26:573-83.
22. Stone MB, Yaseen ZS, Miller BJ, Richardville K, Kalaria SN, Kirsch I. Response to acute monotherapy for major depressive disorder in randomized, placebo controlled trials submitted to the US Food and Drug Administration: individual participant data analysis. *BMJ.* 2022 Aug 2;378:e067606. doi: 10.1136/bmj-2021-067606. PMID: 35918097; PMCID: PMC9344377.
23. Bahji A, Vazquez GH, Zarate CA Jr. Comparative efficacy of racemic ketamine and esketamine for depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021 Jan 1;278:542-555. doi: 10.1016/j.jad.2020.09.071. Epub 2020 Sep 23. Erratum in: *J Affect Disord.* 2020 Nov 20;:: PMID: 33022440; PMCID: PMC7704936.
24. Cybin IRL Limited. A Study of a Psilocybin Analog (CYB003) in Participants With Major Depressive Disorder. *ClinicalTrials.gov* identifier (NCT number): NCT05385783
25. Haute autorité de santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Recommandations de bonne pratique. Mai 2009. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie\\_dalzheimer-troubles\\_du\\_comportement\\_perturbateurs-recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf)

26. Watt JA, Thompson W, Marple R, Brown D, Liu B. Managing neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *BMJ*. 2022 Jan 25;376:e069187. doi: 10.1136/bmj-2021-069187. PMID: 35078774.
27. Maust DT, Kim HM, Seyfried LS, Chiang C, Kavanagh J, Schneider LS, Kales HC. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. *JAMA Psychiatry*. 2015 May;72(5):438-45. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3018. PMID: 25786075; PMCID: PMC4439579.
28. Sacchetti E, Turrina C, Valsecchi P. Cerebrovascular accidents in elderly people treated with antipsychotic drugs: a systematic review. *Drug Saf*. 2010 Apr 1;33(4):273-88. doi: 10.2165/11319120-000000000-00000. PMID: 20297860.
29. Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD, Lopez OL, Mahoney J, Pasic J, Tan ZS, Wills CD, Rhoads R, Yager J. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. *Am J Psychiatry*. 2016 May 1;173(5):543-6. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.173501. PMID: 27133416.
30. Sandra Abou Kassm, Wadih Naja, Nicolas Hoertel, Frédéric Limosin. Prise en charge pharmacologique des idées délirantes associées à un syndrome démentiel. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2019;17(3):317-326. doi:10.1684/pnv.2019.0813
31. Mathys M, Fang S, John J, Carter J. Antipsychotic discontinuation after the initiation of selective serotonin reuptake inhibitors therapy for the treatment of behavioral and psychological symptoms associated with dementia. *Ment Health Clin* 2018;8:122-6
32. Tariot PN, Cummings JL, Soto-Martin ME, Ballard C, Erten-Lyons D, Sultzer DL, Devanand DP, Weintraub D, McEvoy B, Youakim JM, Stankovic S, Foff EP. Trial of Pimavanserin in Dementia-Related Psychosis. *N Engl J Med*. 2021 Jul 22;385(4):309-319. doi: 10.1056/NEJMoa2034634. PMID: 34289275.
33. Mintzer J, Lanctôt KL, Scherer RW, Rosenberg PB, Herrmann N, van Dyck CH, Padala PR, Brawman-Mintzer O, Porsteinsson AP, Lerner AJ, Craft S, Levey AI, Burke W, Perin J, Shade D; ADMET 2 Research Group. Effect of Methylphenidate on Apathy in Patients With Alzheimer Disease: The ADMET 2 Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol*. 2021 Nov 1;78(11):1324-1332. doi: 10.1001/jamaneurol.2021.3356. PMID: 34570180; PMCID: PMC8477302.
34. Nicolas Villain. Actualités thérapeutiques dans la maladie d'Alzheimer : bientôt un traitement de fond ? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2022;20(2):256-260. doi:10.1684/pnv.2022.1042
35. Airagnes G, Lemogne C, Renuy A, Goldberg M, Hoertel N, Roquelaure Y, Limosin F, Zins M. Prevalence of prescribed benzodiazepine long-term use in the French general population according to sociodemographic and clinical factors: findings from the CONSTANCES cohort. *BMC Public Health*. 2019 May 14;19(1):566. doi: 10.1186/s12889-019-6933-8. PMID: 31088561; PMCID: PMC6518636.
36. Laroche ML, Charmes JP, Nouaille Y, Picard N, Merle L. Is inappropriate medication use a major cause of adverse drug reactions in the elderly? *Br J Clin Pharmacol*. 2007 Feb;63(2):177-86. doi: 10.1111/j.1365-2125.2006.02831.x. Epub 2006 Dec 7. PMID: 17166186; PMCID: PMC2000580.
37. Haute autorité de santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété. Bon usage du médicament. Juin 2018. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/fiche\\_bum\\_benzodiazepines\\_anxiete\\_cd\\_27062018.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/fiche_bum_benzodiazepines_anxiete_cd_27062018.pdf)
38. Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, Limosin F. Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Oct;18(10):89. doi: 10.1007/s11920-016-0727-9. PMID: 27549604.
39. Christine Champion, Teddy Novais, Jean-Michel Dorey, Pierre Krolak-Salmon, Alexis Lepetit. Réactions paradoxales aux benzodiazépines chez la personne âgée. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2021;19(3):305-312. doi:10.1684/pnv.2021.0958
40. Haute autorité de santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Synthèse des recommandations professionnelles. Octobre 2007. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese\\_bzd\\_-\\_version\\_finale\\_2008.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_bzd_-_version_finale_2008.pdf)
41. Haute autorité de santé. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Fiche Mémo. Juin 2015. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche\\_memo\\_arret\\_benzodiazepines\\_pour\\_mel\\_2015\\_06\\_16.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_arret_benzodiazepines_pour_mel_2015_06_16.pdf)
42. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 16;11(11):CD009178. doi: 10.1002/14651858.CD009178.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Nov 15;11:CD009178. PMID: 27851868; PMCID: PMC6464889.
43. Canevelli M, Valletta M, Trebbastoni A, Sarli G, D'Antonio F, Tariciotti L, de Lena C, Bruno G. Sundowning in Dementia: Clinical Relevance, Pathophysiological Determinants, and Therapeutic Approaches. *Front Med (Lausanne)*. 2016 Dec 27;3:73. doi: 10.3389/fmed.2016.00073. PMID: 28083535; PMCID: PMC5187352.
44. Tible OP, Riese F, Savaskan E, von Gunten A. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ther Adv Neurol Disord* 2017;10:297-309
45. Verny M, Blanc F. Maladie à corps de Lewy avec troubles neurocognitifs majeurs : le traitement selon la médecine basée sur les preuves et en pratique [Lewy body dementia: therapeutic propositions according to evidence based medicine and practice]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2019 Jun 1;17(2):189-197. French. doi: 10.1684/pnv.2019.0803. PMID: 31162119.
46. De Fazio P, Gaetano R, Caroleo M, Pavia M, De Sarro G, Fagiolini A, Segura-Garcia C. Lithium in late-life mania: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017 Mar 9;13:755-766. doi: 10.2147/NDT.S126708. PMID: 28331326; PMCID: PMC5352229.
47. Chen P, Dols A, Rej S, Sajatovic M. Update on the Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Mania in Older-Age Bipolar Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2017 Aug;19(8):46. doi: 10.1007/s11920-017-0804-8. PMID: 28647815.

## EuGMS LONDON 2022

18<sup>TH</sup> INTERNATIONAL CONGRESS > SEPTEMBER 28-30



## « If you want to go fast, work alone. If you want to go far, work together »

Plus de 1500 gériatres européens se sont retrouvés à Londres pour échanger et se former avec la thématique du « multidisciplinary work, better together ». En complément de l'excellente synthèse faite par les bénéficiaires des bourses de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (disponible sur : <https://bit.ly/3U88Uel>), l'AJG vous présente des résumés de sessions supplémentaires.

### Évaluation gériatrique standardisée : les références à savoir !

**Graham Ellis** (Royaume-Uni) a donné une conférence inaugurale sur l'évaluation gériatrique globale. Il a commencé par rappeler les études prouvant le bénéfice clinique de cette approche : chez les patients hospitalisés en médecine aiguë (Ellis Cochrane 2017), en contexte péri-opératoire (Green BMJ 2005, Hanari Age Ageing 2007, Ellis SMJ 2012), en chirurgie (Eamer Cochrane Library 2018), aux urgences (Conroy Age

Ageing 2011, Ellis Clin Interv Aging 2014), en hospitalisation à domicile (Ellis Cochrane 2011, Shepperd Cochrane 2016). Il a ensuite discuté des aptitudes professionnelles contribuant à l'efficacité de l'approche gériatrique globale : communication, management, car bien sûr : c'est avec l'équipe multi-disciplinaire que la magie opère ! Dans le pays d'Harry Potter, cela prend sens !

### Recommandations mondiales sur les chutes : tous ensemble pour prévenir la chute !

« Chez l'enfant, il faut un an pour apprendre à marcher, et 10 ans pour acquérir toutes ses fonctions d'équilibre. Chez la personne âgée, tout cela peut être perdu en une journée ».

**Manuel Montero-Odasso** (Canada) a présenté les nouvelles recommandations mondiales sur les chutes, issue de 3 ans de travail d'un groupe de 96 experts des 5 continents.

Un algorithme d'évaluation, prévention et prise en charge est proposé. L'orateur a notamment insisté sur plusieurs points : un bas risque de chute (c'est-à-dire pas de chute dans l'année, ou une chute non grave + vitesse de marche > 0,8 m/s ou TUG < 15s) ne veut pas dire un risque zéro, le groupe recommande une prévention primaire, de l'activité physique et une réévaluation annuelle.

Les recommandations détaillent les stratégies pour augmenter l'observance, les façons efficaces d'augmenter l'exercice physique, les bénéfices des interventions multi-domaines, l'intérêt de la supplémentation en vitamine D en cas de risque de

carence, et le bénéfice des bisphosphonates même dans le très grand âge.

Après un compte à rebours du plus bel effet, les recommandations étaient publiées simultanément dans *Age and Ageing* (<https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>) !

## Sarcopénie

**Matteo Cesari** (Italie) a traité d'actualités sur la sarcopénie : l'étude SPRINTT (Bernabei BMJ 2022) a démontré l'effet bénéfique d'une intervention physique et nutritionnelle, adaptée à chaque participant de façon individuelle, sur 1500 patients âgés fragiles et sarcopéniques. Cette intervention de 36 mois a réduit l'incidence de la perte de mobilité (capacité à marcher 400 m en moins de 15 min) et amélioré les performances locomotrices mesurées par le score SPPB. Reste à savoir si l'effet sera maintenu après cette intervention de 3 ans (voir l'étude de *Oh Age Ageing* 2021 qui démontrait la perte d'effet après la période d'intervention).

Le consensus d'experts sur l'exercice physique chez les personnes âgées (Izquierdo JNHA 2021) décrit

les types, fréquence et intensité d'exercice, pour la population générale et en fonction des syndromes gériatriques et des maladies chroniques.

Il a aussi rappelé le consensus d'experts sur les apports protéiques nécessaires pour maintenir ou reconstituer la masse musculaire des personnes âgées (PROT-AGE, Bauer JAMDA 2013) : 1 à 1,2 g/kg/j. Ce chiffre augmente à 1,2-1,5 g/kg/j dans la plupart des cas de maladie aiguë ou chronique. Une exception à cela est l'insuffisance rénale sévère (DFG<30ml/min, sans traitement par dialyse ni dénutrition), où des apports protéiques plus faibles (0,8 g/kg/j avec surveillance nutritionnelle rapprochée) ont une vertu néphro-protectrice.

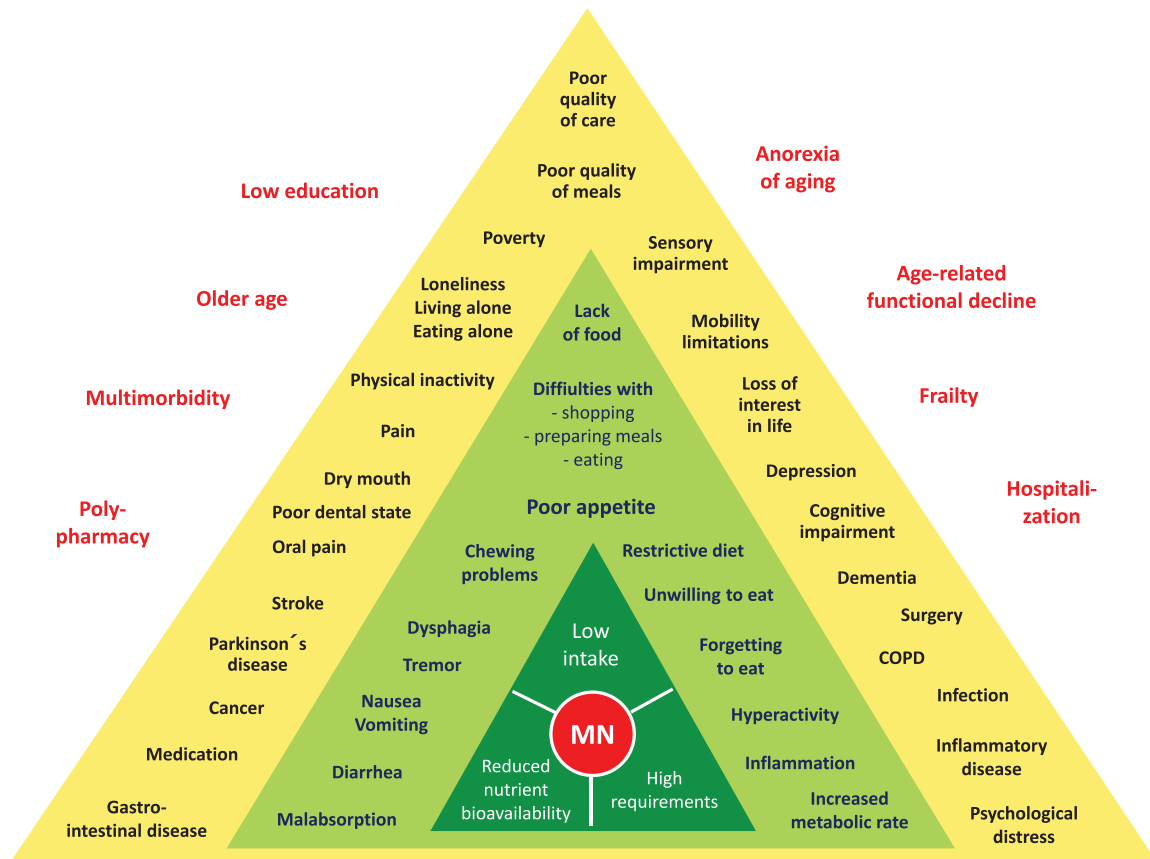
## Anorexie : agir dès la baisse de l'appétit

Sur le symposium « Anorexie », **Natalie Cox** (Royaume-Uni) a commencé par présenter les facteurs de contrôle de l'appétit. Ceux-ci sont complexes et engageant à la fois des mécanismes de régulation hormonale, du goût et de l'odorat, l'atteinte de la vidange gastrique... Les conséquences sont connues et graves : **le faible appétit est directement corrélé à un mauvais état de santé avec dénutrition, fragilité et sarcopénie**. Il faut agir AVANT l'arrivée des conséquences. Nathalie Cox a aussi insisté pour montrer que la **perception de l'appétit** et de la perte d'appétit par les individus est une clé de compréhension des mécanismes de l'anorexie et des pistes sérieuses de prises en charge qui mérite d'être mieux étudiée.

**Clare Corish** (Irlande) a présenté la difficulté d'une **mesure précise de l'appétit** puisque dès le départ, il n'y a pas de définition consensuelle de la notion d'appétit ! Elle a montré les résultats de la scoping

review réalisée par le groupe APPETITE pour identifier les méthodes de mesures de l'appétit et d'évaluation utilisées pour les personnes âgées. Le **score SNAQ** (*Simplified Nutritional Appetite Questionnaire*) semble l'outil le plus pertinent, reproductible et faisable en pratique clinique pour estimer l'appétit et mettre en route des mesures immédiates, avant le stade de dénutrition.

**Dorothee Volkert** (Allemagne) a conclu ce symposium en insistant sur le fait que **le faible appétit** est au centre du **modèle de dénutrition DoMAP** (= Determinants of Malnutrition in Aged Persons), cf. schéma page suivante. Malgré cela, finalement assez peu d'études se sont intéressées à **TRAITER** la perte d'appétit. C'est pourquoi le projet APPETITE a vu le jour. C'est un essai européen qui vise à améliorer l'appétit via la prise de protéines végétales. Le but est aussi de montrer leur rôle sur la synthèse des acides aminés et de prévenir la dénutrition et la sarcopénie.



## Prise en soins de la / les maladie(s) de Parkinson !

**Alison Yarnall** (Royaume-Uni) a commencé par présenter en détail la détérioration de la marche dans la Maladie de Parkinson idiopathique (MPI) et ses conséquences (chutes, sarcopénie). La dysfonction cholinergique est importante et précoce dans le déclin de la marche et l'essai ReSPonD (Henderson et al, 2016) a montré une efficacité de la Rivastigmine vs placebo avec une amélioration du nombre de chutes (43 % des patients) et de la marche. Elle a aussi insisté sur les bienfaits de l'activité physique (Sarasso et al, 2022). Enfin les applications spécialisées sur SMARTPHONE peuvent être des outils intéressants pour la prédiction des risques et du coup, l'individualisation des approches thérapeutiques (Lo et al, Ann Clin Transl Neurol 2019).

La seconde présentation du **Pr Nir Giladi** (Israël) portait sur l'approche personnalisée dans la maladie de Parkinson, notamment en fonction des facteurs génétiques. Il montre que les patients avec des mutations de la glucocérébrosidase 1 (GBA1) ont plus rapidement un déclin cognitif, des chutes, des fluctuations motrices, des troubles psychiatriques (Petricci et al, 2020, Movement Disorders). Ils s'aggravent avec la stimulation cérébrale profonde (Pal et al, Ann Neurol 2022). Il est donc important de séparer ces patients

dans les essais cliniques pour ne pas fausser les résultats. Pour lui, il ne devrait pas y avoir de restrictions d'âge pour le dépistage génétique afin d'avoir une approche plus personnalisée et adaptée aux risques du patient.

Enfin, **Alice Nieuwboer**, professeur en kinésithérapie (Belgique) a conclu ce symposium sur la prévention des chutes dans les MPI. L'utilisation de biomarqueurs connectés (longueur de pas, vitesse, balancement des bras, freezing...) a montré que près de 60 % des chutes sont imputables au freezing. La dernière méta-analyse publiée dans la revue Cochrane (Allen N et al, 2022) montrent l'efficacité de l'exercice physique mais de façon assez limitée. La principale critique est que les exercices proposés sont souvent différents en termes d'actions : intensité, résistance, taï chi, endurance, etc. Les dernières études montrent une amélioration des troubles de la marche avec des exercices ciblant à la fois la cognition et la motricité avec une double tâche motrice (par exemple avec tapis de marche ou la bande du pied droit ne va pas à la même vitesse que la bande du pied gauche). La Cohorte Mobilise-D va continuer de monitorer les effets de ces programmes de réentraînement pour changer ensuite les modalités de rééducation dans la maladie de Parkinson.

## Immersion en EHPAD : un apprentissage de la médecine, de l'humanité, de la patience !

Cette session qui sortait un peu du lot (orateurs extra-européens, pas de grands essais thérapeutiques) retraçait des expériences immersives des étudiants en médecine dans des EHPAD en Australie et aux Etats-Unis.

Le **Pr Rosemary Saunder** (Australie) a présenté des stages ouverts aux étudiants en médecine en EHPAD. Les résidents d'un EHPAD et des étudiants en médecine (équivalent du 2<sup>ème</sup> cycle d'études médicales en France) se rencontraient régulièrement. Ces derniers participaient à l'examen clinique, le suivi médical, la gestion des urgences et l'accompagnement de fin de vie... Une plate-forme de « e-learning », disponible sur <https://e-ageing.wacha.org.au/> permettait aussi aux étudiants de travailler les thématiques gériatriques avec des cas cliniques, des tests, des enseignements magistraux. L'évaluation de ces stages est revenue très positive, autant du côté des étudiants que des résidents !

Le **Pr Marilyn Gugliucci** (Etats-Unis) a résumé les expériences d'immersion en EHPAD d'étudiants en médecine. Ces derniers devaient être « comme un résident ayant une pathologie ». L'exemple de l'AVC était le plus « simple » à reproduire. Les étudiants se retrouvaient « hémiplegiques », parfois dysphasiques, avec des troubles de la déglutition... Ils devaient vivre la vie d'un résident 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pendant 14 jours dans un EHPAD.

Ils étaient aidé pour la toilette ou pour aller aux toilettes, devaient manger des textures adaptées, prendre 8 à 12 médicaments (placebo) par jour, participer aux activités... Ils ont eu l'occasion d'échanger avec les résidents également et mieux comprendre leurs besoins et leurs attentes dans les soins, la médecine et l'accompagnement. Les témoignages étaient souvent bouleversants avec ces 14 jours et tous exprimaient le fait que cette expérience les aiderait à être de meilleurs médecins, plus humains, plus à l'écoute, plus empathique.

## Projet de l'AJG de promotion de la Gériatrie

Nous avons présenté un poster sur notre projet de promotion de la Gériatrie à travers la bande dessinée. Il s'agit d'une collaboration avec le réseau de professionnels de la bande dessinée The Ink Link ([theinklink.org](http://theinklink.org)) qui a pour objectif de mieux faire comprendre notre discipline aux professionnels de santé qui n'y sont pas formés. Nous vous donnerons bientôt des nouvelles de ce projet et rendez-vous à la JAAG 2023 pour le découvrir dans son intégralité !



Enfin, soulignons l'interprétation de « My way » d'un gériatre belge qui a permis de conclure le congrès sur une standing ovation. Le rendez-vous a été pris pour 2023, du 20 au 23 septembre à Helsinki !

**Dr Florent GUERVILLE**

CHU de Bordeaux

**Dr Nathalie JOMARD**

Centre Hospitalier des Monts du Lyonnais

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

# UTILISATION DE LA PRÉGABALINE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

La prégabaline est une molécule largement utilisée en gériatrie dans les indications reconnues par l'Autorisation de Mise sur le marché (AMM) : épilepsie partielle, douleurs neuropathiques et trouble anxieux généralisé ; mais également de plus en plus utilisée dans le traitement de l'anxiété chronique des patients atteints de troubles neurocognitifs. Cependant très peu d'études ont évalué l'efficacité et la sécurité de la prégabaline dans la population âgée. Ces dernières années, des problématiques de dépendance et de mésusage ont été identifiées, conduisant à la prescription de prégabaline sur ordonnance sécurisée, tel un médicament stupéfiant, depuis le 24 mai 2021.

## Propriétés pharmacologiques et pharmacodynamique

La prégabaline est un analogue du GABA (acide gamma-aminobutyrique), principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central (1, 2). Cependant, la prégabaline, proche de la gabapentine, ne se lie pas directement aux récepteurs GABA-A ou GABA-B. De plus, elle n'est pas métabolisée en agoniste des récepteurs GABA. Dans les modèles animaux, la prégabaline se lie à une sous-unité auxiliaire (protéine alpha-2-delta) des canaux calciques voltage-dépendants dans le système nerveux central. La liaison de la sous-unité alpha-2-delta diminue l'afflux de calcium induit par la dépolarisation dans les neurones et réduit la libération de neurotransmetteurs excitateurs. Cette action peut expliquer les effets anticonvulsivants et analgésiques de la prégabaline. La prégabaline n'a aucune activité connue sur les canaux sodiques, les récepteurs de la dopamine, les récepteurs de la sérotonine, les récepteurs des opiacés et ne modifie pas l'activité de la cyclooxygénase (3). Son mécanisme d'action dans les troubles anxieux généralisés n'a pas encore été totalement élucidé.

Son absorption est rapide avec un pic plasmatique atteint dans l'heure suivant l'administration et une biodisponibilité orale  $\geq 90\%$ , et indépendante de la dose (1). Après administration répétée du produit, l'état d'équilibre est atteint dans un délai de 24 à 48 heures. La prise concomitante d'aliments diminue la quantité et la vitesse d'absorption, sans impact cliniquement significatif identifié. Une fois absorbée, la prégabaline ne se lie pas aux protéines plasmatiques, mais passe la barrière hémato-encéphalique, le placenta et est retrouvée dans le lait. La métabolisation est très faible et l'élimination est urinaire, sous forme inchangée. Le principal métabolite de la prégabaline retrouvé dans les urines, représente seulement 0,9 % de la dose.

Chez le patient âgé, la clairance de la prégabaline tend à diminuer avec l'âge. Cette diminution de la clairance orale de la prégabaline correspond à la diminution de la clairance de la créatinine liée à l'âge. Une réduction de la dose de prégabaline peut s'avérer nécessaire chez les patients qui présentent une fonction rénale diminuée en rapport avec l'âge.



## Utilisation en pratique clinique

La prégabaline a obtenu son autorisation de mise sur le marché européenne en 2004 (1) et a été disponible en France dès 2006. Elle est indiquée dans 3 situations (1, 2), chez l'adulte uniquement :

➔ **En association dans le traitement des crises épileptiques partielles** avec ou sans généralisation secondaire (SMR important), en troisième intention, après échec de 2 monothérapies successives (4). De nombreuses études contrôlées versus placebo ou versus gabapentine ont permis d'attribuer un SMR important à la prégabaline dans cette indication (5, 6). Cependant, aucune de ces études n'a été réalisée spécifiquement en population âgée.

➔ **Douleurs neuropathiques**, périphériques ou centrales (SMR important), en 2<sup>ème</sup> intention après échec de la Gabapentine (faible niveau de preuve) (7). De nombreuses études également contrôlées versus placebo et versus traitements actifs (amitryptiline, duloxétine, venlafaxine, gabapentine) ont permis d'établir l'efficacité de la prégabaline sur les douleurs neuropathiques, en 2 ou 3 prises par jour, et ce dès la première semaine de traitement (5, 6, 8). Une analyse post-hoc de plusieurs études cliniques sur la prégabaline menées chez des patients atteints de neuropathie périphérique diabétique ou de névralgie post-zostérienne a été menée pour évaluer l'efficacité et l'innocuité de la prégabaline chez les patients âgés (9). La prégabaline (150-600 mg/jour) a réduit de manière significative la douleur chez les patients âgés de plus de 65 ans souffrant de douleurs neuropathiques et les améliorations de la douleur étaient comparables à celles observées chez les patients plus jeunes. Les effets indésirables les plus courants chez les patients âgés étaient les étourdissements, la somnolence, les œdèmes périphériques, l'asthénie, la bouche sèche, la prise de poids et les infections. Le risque relatif des effets indésirables augmentait avec la dose de prégabaline, mais ne semblait pas être lié à l'âge avancé des patients.

➔ **Trouble anxieux généralisé** (SMR faible, indication non remboursée), en troisième intention après échec des antidépresseurs (inhibiteurs

sélectifs ou non de la recapture de la sérotonine) ou des benzodiazépines (traitement à court terme) (6, 10). Cette indication, plus récente, n'a pas bénéficié de demande de prise en charge par le laboratoire (11). Un essai clinique randomisé contrôlé versus placebo a été mené sur une durée de 8 semaines chez des patients âgés de 65 ans et plus (n=273) (12). L'efficacité était significativement supérieure au placebo à partir de 2 semaines de traitement, à la fois sur les signes physiques et psychiques de l'anxiété avec également une diminution du score de dépression. La prégabaline était bien tolérée chez le patient âgé avec 3 effets indésirables graves imputés au traitement : augmentation de l'anxiété, somnolence, chute avec fracture. La proportion d'arrêts de traitement pour mauvaise tolérance était similaire dans le groupe placebo et le groupe prégabaline.

**Chez les patients présentant des troubles neurocognitifs**, une étude française (série de cas) a montré que la prégabaline pouvait faciliter la prise en charge chez les patients en opposition de soins (13).

Deux études observationnelles ont décrit l'utilisation de la prégabaline dans le traitement de l'anxiété du patient atteint de troubles neurocognitifs (14, 15). La première étude a été menée auprès de 33 patients hospitalisés en Unité Cognitivo-Comportementale (âge moyen 79,6 ± 11,7 ans) (14). La durée moyenne de titration de la prégabaline était de 19 ± 1 jours, et la posologie efficace moyenne était de 200 ± 131 mg/j (Min-Max : 50-700 mg/j). À la sortie d'hospitalisation une diminution significative des prescriptions de benzodiazépines était observée (p = 0,001). Lors des hospitalisations, aucun traitement par la prégabaline n'avait été arrêté pour un problème de tolérance. La seconde étude a été réalisée auprès de 16 patients atteints d'une maladie à corps de Lewy, suivis en consultation mémoire, et traités par prégabaline. L'utilisation de la prégabaline a permis de réduire l'anxiété chez 10/16 patients et à la faire disparaître complètement chez 3/16 patients, avec une posologie journalière de 75 à 150mg (15). À ce jour, l'impact de la prégabaline sur l'apparition ou l'aggravation de troubles neurocognitifs reste controversé (16-19).

## Interactions médicamenteuses

Etant donné les données pharmacocinétiques énoncées dans la partie pharmacodynamie et pharmacocinétique, la prégabaline ne présente aucune interaction médicamenteuse pharmacocinétique. Ainsi, compte tenu de la prévalence de la polymédication chez les patients âgés, la prégabaline représente une option thérapeutique importante.

Il faudra cependant être vigilant avec l'utilisation concomitante de médicament pouvant majorer la sédation (benzodiazépines) ou le risque de dépression du système nerveux central (opioïdes).

## Contre-indication et précautions d'emploi

Hormis, l'hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, il existe peu de contre-indications à l'usage de la prégabaline (1, 2). Une attention particulière sera portée à la présence de lactose dans certaines spécialités (excipient à effet notoire).

Du fait d'un risque accru de somnolence, le RCP (Résumé Caractéristiques Produit) déconseille de consommer de l'alcool ou des benzodiazépines de façon simultanée au traitement par prégabaline et rappelle les éléments de vigilance concernant la conduite de véhicule.

Pour les patients diabétiques ayant présenté une hausse de poids sous prégabaline, il conviendra d'adapter le traitement hypoglycémiant pour éviter tout déséquilibre.

Enfin, si l'arrêt du médicament est souhaité, il conviendra de réaliser une diminution progressive (minimum 1 semaine) afin d'éviter l'apparition d'un syndrome de sevrage : insomnie, céphalée, nausées, anxiété, diarrhée, syndrome grippal, nervosité, dépression, douleurs, convulsions, hyperhidrose, et étourdissements.

## Mésusage

Les principales précautions d'emplois concernant l'utilisation de la prégabaline font suite à son mésusage et au risque d'abus médicamenteux qui peut s'en suivre (1). Depuis 2010, selon l'agence européenne du médicament (EMA), les signalements de dépendance se multiplient, conduisant à la mise en place en 2013 d'un suivi d'addictologie spécifique (20). Le mésusage se ferait à visée récréative, avec une recherche d'effet euphorisant mais aussi anxiolytique/antalgique/hypnotique, chez des populations à risque (antécédents de toxicomanie, hommes, mineurs, précarité), avec des ordonnances falsifiées (50 % des signalements) et un nomadisme médical et pharmaceutique (21, 22). Dans les cas de mésusage, la co-administration de benzodiazépine est fréquente.

En 2019, la prégabaline apparaît pour la première fois comme le premier produit ayant entraîné une dépendance chez les usagers de drogue (21, 23). À partir du 24 mai 2021, et suite à l'augmentation des signalements, l'ANSM a décidé de **classer la prégabaline comme un apparenté aux stupéfiants** avec une durée de prescription maximale de 6 mois sur ordonnance sécurisée. Il est recommandé de privilégier la gabapentine en cas de patient à risque de mésusage (24). Les risques associés à une consommation excessive de prégabaline sont les suivants : coma, trouble de la conscience, désorientation, confusion, dépression respiratoire, et décès (1). Dans les études épidémiologiques, **les personnes âgées semblent moins concernées par cette problématique de mésusage** (25).

## Principaux effets indésirables

Le profil de tolérance est proche de celui de la gabapentine. Chez la personne âgée, il conviendra d'être particulièrement attentif aux effets indésirables suivants : étourdissement et somnolence (très fréquents et dose-dépendants), céphalées, confusion mentale, ataxie, trouble de la mémoire, vertige (fréquents), infections nasopharyngées, et affections cardiaques (peu fréquentes) (1).

L'apparition de troubles visuels peut également survenir sous prégabaline avec une réversibilité à l'arrêt du traitement. Les autres effets indésirables fréquemment rencontrés sont la prise de poids, les tremblements, la constipation, les œdèmes périphériques ou encore les réactions allergiques (1).

## Posologie d'usage

Dans les 3 indications, la prégabaline peut être instaurée chez le patient adulte à la dose de 150mg/j, en deux ou trois prises, puis augmentée à 300mg/j au bout d'une semaine en fonction de l'efficacité et de la tolérance. La dose maximale autorisée pour les 3 indications est de 600mg/j. La dose journalière usuelle d'après l'OMS est de 300mg/j (1, 2).

Aucune adaptation n'est nécessaire en cas d'insuffisance hépatique (prégabaline faiblement métabolisée). En revanche, du fait de son élimination rénale, la posologie de prégabaline s'adapte à la fonction rénale du patient estimée par la Clairance de la créatinine (CLCr) (1, 2) :

- CLCr ≥ 60mL/min : 150-600mg/j en 2 à 3 prises ;
- CLCr < 60mL/min : 75-300mg/j en 2 à 3 prises ;
- CLCr < 30mL/min : 25-150mg/j en 1 à 2 prises ;
- CLCr < 15mL/min : 25-75mg/j en 1 prise.

Chez le patient hémodialysé, la prégabaline est éliminée efficacement du plasma par hémodialyse (50 % du médicament en 4 heures). Ainsi, la dose journalière de prégabaline doit être adaptée en tenant compte de la fonction rénale. En plus de la dose journalière, une dose supplémentaire doit être administrée immédiatement après chaque hémodialyse de 4 heures.

**Chez le patient âgé**, la règle du « *start low, go slow* » s'applique également à la prégabaline. **Le traitement devra être initié à 25mg 1 à 2 fois par jour pendant 15 jours, puis titré progressivement par palier de 25mg tous les 3 à 7 jours** en fonction de l'efficacité clinique et de la tolérance du traitement.

## Modalités d'administration

L'administration peut se faire pendant ou en dehors des repas. Malgré le ralentissement et la diminution de la quantité de prégabaline absorbée liée à la prise alimentaire, l'impact clinique est jugé non significatif (1, 2). La prégabaline est disponible sous forme de gélules (25, 50, 75, 100, 150, 200mg) et de solution buvable (20mg/ml). Les données fournies par le laboratoire et reprises par la Société Française de Pharmacie

Clinique (SFPC) indiquent que **l'ouverture des gélules est une modalité hors AMM non recommandée (26)**, d'autant plus qu'**une alternative en solution buvable est disponible**. Cependant, une étude a démontré la bioéquivalence entre l'administration d'une gélule intacte et d'une gélule dissoute dans 100mL d'eau (27).

Elsa REALLON, Interne en Pharmacie Hospitalière aux Hospices Civils de Lyon  
Dr Teddy NOVAIS, Pharmacien MCU-PH à l'Institut du Vieillessement des Hospices Civils de Lyon et à l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lyon  
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

## Références

1. Upjohn EESV. Résumé des caractéristiques du produit - LYRICA.pdf [Internet]. 2022 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur : [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/lyrica-epar-product-information\\_fr.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/lyrica-epar-product-information_fr.pdf)
2. Vital Durand D, Le Jeune C. Guide pratique des médicaments - DOROSZ 2022. MALOINE. Vol. 41<sup>ème</sup> édition. 2021.
3. Cross AL, Viswanath O, Sherman A L. Pregabalin [Internet]. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2022 [cité 10 août 2022]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470341/>
4. Vidal Recos. Épilepsie de l'adulte [Internet]. Vidal Recos. 2021 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur : <http://10.0.11.9:8012/showReco.html?recold=1679>
5. HAS. Avis de la commission de Transparence - Lyrica - 16 mars 2005 [Internet]. 2005 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15083\\_LYRICA\\_PIS\\_RI\\_Avis2\\_CT9953&15083.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15083_LYRICA_PIS_RI_Avis2_CT9953&15083.pdf)
6. HAS. Avis de la Commission de Transparence - Lyrica [Internet]. Avis sur les médicaments - LYRICA (prégabaline). 2017 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2771881/fr/lyrica-pregabaline](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2771881/fr/lyrica-pregabaline)
7. Vidal Recos. Douleurs de l'adulte [Internet]. Vidal Recos. 2022 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur : <http://10.0.11.9:8012/showReco.html?recold=1775#d2340e2443>
8. Bansal D. Treatment Amitriptyline vs. pregabalin in painful diabetic neuropathy: a randomized double blind clinical trial. 2009;(26(10)):1019-26.
9. Semel D, Murphy TK, Zlateva G, Cheung R, Emir B. Evaluation of the safety and efficacy of pregabalin in older patients with neuropathic pain: results from a pooled analysis of 11 clinical studies. BMC Fam Pract. 5 nov 2010;11:85.
10. Vidal Recos. Trouble anxieux généralisé [Internet]. Vidal Recos. 2021 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur : <http://10.0.11.9:8012/showReco.html?recold=2546>
11. HAS. Avis sur les médicaments - LYRICA (prégabaline) [Internet]. 2017 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2771881/fr/lyrica-pregabaline#ancreDocAss](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2771881/fr/lyrica-pregabaline#ancreDocAss)
12. Montgomery S, Chatamra K, Pauer L, Whalen E, Baldinetti F. Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder. Br J Psychiatry. nov 2008;193(5):389-94.
13. Supasitthumrong T, Bolea-Alamanac BM, Asmer S, Woo VL, Abdool PS, Davies SJC. Gabapentin and pregabalin to treat aggressivity in dementia: a systematic review and illustrative case report. Br J Clin Pharmacol. avr 2019;85(4):690-703.
14. Novais T, Doutone A, Gombault C, Krolak-Salmon P, Lepetit A, Mouchoux C. Description of the Treatment Course by Pregabalin for Anxiety in Patients With a Major Neurocognitive Disorder. J Clin Psychopharmacol. juin 2019;39(3):261-3.
15. Segers K, Baxevani E, Benoit F, Meyts JM, Surquin M. Pregabalin as a Treatment for Anxiety in Patients With Dementia With Lewy Bodies: A Case Series. J Clin Psychopharmacol. juin 2020;40(3):297-9.
16. Carrasco M, Baldinetti F, Leon T. Preliminary results evaluating cognitive function in elderly from double-blind, placebo-controlled trial of pregabalin in generalized anxiety disorder. Eur Psychiatry. (22):S279-80.
17. Hadley S, Mandel F, Schweizer E. Switching from long-term benzodiazepine therapy to pregabalin in patients with generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. J Psychopharmacol (Oxf). avr 2012;26(4):461-70.
18. Hindmarch I, Trick L, Ridout F. A double-blind, placebo- and positive-internal-controlled (alprazolam) investigation of the cognitive and psychomotor profile of pregabalin in healthy volunteers. 183. déc 2005;2.
19. Eddy CM, Rickards HE, Cavanna AE. The cognitive impact of antiepileptic drugs. Ther Adv Neurol Disord. nov 2011;4(6):385-407.
20. ANSM, EMA. Risques d'abus, de mésusage et de pharmacodépendance liés à l'utilisation de la prégabaline (Lyrica et génériques) - Point d'Information [Internet]. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. 2016 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur : <https://archiveansm.integra.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Risques-d-abus-de-mesusage-et-de-pharmacodependance-lies-a-l-utilisation-de-la-pregabaline-Lyrica-et-generiques-Point-d-Information>
21. Addictovigilance. OPPIDUM 2019 - Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse [Internet]. 2019 [cité 11 juill 2021]. Disponible sur : [https://addictovigilance.fr/wp-content/uploads/spip/pdf/plaquette\\_oppidum\\_2019\\_vf.pdf](https://addictovigilance.fr/wp-content/uploads/spip/pdf/plaquette_oppidum_2019_vf.pdf)
22. Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance. OSIAP - Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus Possible [Internet]. 2019 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/03/26/20210325-osiap-resultats-enquete-2019.pdf>
23. Addictovigilance. Une crise des gabapentinoïdes [Internet]. 2019 [cité 11 juill 2019]. Disponible sur : [https://addictovigilance.fr/wp-content/uploads/spip/pdf/bulletin\\_pregabaline.pdf](https://addictovigilance.fr/wp-content/uploads/spip/pdf/bulletin_pregabaline.pdf)
24. ANSM et EMA. Prégabaline (Lyrica et génériques) : modification des conditions de prescription et délivrance pour limiter le mésusage [Internet]. 2021 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/actualites/pregabaline-lyrica-et-generiques-modification-des-conditions-de-prescription-et-delivrance-pour-limiter-le-mesusage>
25. Driot D, Jouanjus E, Oustric S, Dupouy J, Lapeyre-Mestre M. Patterns of gabapentin and pregabalin use and misuse: Results of a population-based cohort study in France. Br J Clin Pharmacol. juin 2019;85(6):1260-9.
26. Société Française de Pharmacie Clinique. Gériatrie SFPC [Internet]. 2017 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur : <http://geriatrie.sfpc.eu/application>
27. Bockbrader H, Alvey C, Corrigan B, Radulovic L. Bioequivalence assessment of a pregabalin capsule and oral solution in fasted healthy volunteers: a randomized, crossover study. Int J Clin Pharmacol Ther. mars 2013;51(3):244-8.

L'Association des Jeunes Gériatres est heureuse d'avoir franchi la barre des 30 numéros de la Gazette et vous propose donc ce 31<sup>ème</sup> numéro sur la thématique de la psychiatrie du sujet âgé, des nouvelles de l'Association et de ces projets !

## Radio-AJG, saison 2

Après le tour de France des gérontopôles en 2021, nous vous proposons cette année une vision plus internationale de la gériatrie en interviewant des gériatres francophones.

Nous verrons comment devenir gériatre dans ces différents pays, la place de la gériatrie dans le système de santé et les possibilités d'exercice.

Rendez-vous cet automne et cet hiver sur notre site internet [www.assojeunesgeriatres.fr](http://www.assojeunesgeriatres.fr) pour découvrir ces émissions, hébergées sur Soundcloud. Un grand merci à notre interviewer Arnaud CAUPENNE et à notre monteur-son, Florent GUERVILLE.

## Webinaires

Bien que nous ne soyons plus confinés, nous avons pris goût à vous proposer des rencontres interactives avec des associations de jeunes médecins issus d'autres spécialités. Après l'hématologie ou la rééducation, nous avons tenu le **20 septembre dernier** un webinaire sur la thématique de la RÉANIMATION avec l'Association Nationale des Jeunes Médecins Intensivistes et Réanimateurs ANJMIR). Nous remercions une nouvelle fois les orateurs passionnés et passionnants et les auditeurs pour leur présence et leurs questions. Le replay est disponible dans **votre espace adhérent sur le site de l'AJG** (<https://www.assojeunesgeriatres.fr>).



Mardi 20 Septembre 19h-20h30 **anjmir**  
**WEBINAIRE**  
**RÉANIMATION & GÉRIATRIE** **AJG**

*Gare aux MIR-AGES!* La Réanimation et ses conséquences chez les personnes âgées  
 Dr Julien Demiselle (Strasbourg)

Outils d'aide à la décision et aux limitations de soins  
 Dr Laura Moïsi (Paris)

Évaluer et améliorer la prise en charge des patients âgés en Réanimation  
 Dr Séverine Koeberle (Besançon)

## Corner Jeunes aux JASFGG, Qui sommes-nous ?

L'EAMA, les Jeunes Pousses, l'AJG, l'ANAIG... Que de lettres et de surnoms !

Nous serons tous réunis, sur le « Corner Jeunes », lors des prochaines JASFGG (Paris du 07 au 09 novembre). N'hésitez pas à passer nous rencontrer, pour mieux nous connaître et échanger sur l'avenir de la spécialité. Afin de vous mettre l'eau à la bouche,

voici une présentation des structures partenaires : **Eama, the european academy for medicine of ageing**



Depuis 1995, l'EAMA (The *European Academy for Medicine of Ageing*) a pour principal objectif d'améliorer les connaissances et les compétences en médecine gériatrique de candidats prometteurs pour de futurs postes d'enseignants-chercheurs en gériatrie. Les membres du *board* de l'EAMA, dont fait partie Madame la Professeure Sylvie Bonnin-Guillaume comme représentante de la communauté gériatrique française, ont élaboré un programme, basé sur des interventions d'experts reconnus mondialement, des mises au point faites par les étudiants et des sessions de travail en petits groupes. Tous ces cours permettent, dans un cadre de travail intense et bienveillant, de développer des compétences de manager et de leader d'opinion, et, pour les participants, de faire émerger des idées afin de construire des programmes de santé, de recherche ou d'enseignement. L'EAMA est une formation entièrement en anglais, qui dure deux ans, et qui consiste en quatre sessions intenses d'une semaine, organisées deux fois par an, en janvier et en juin. En moyenne les cours regroupent une quarantaine d'étudiants, venus de toute l'Europe, dont 4 à 6 étudiants français.

*Dr Guillaume Chapelet, étudiant de la 14<sup>ème</sup> promotion de l'EAMA (2021-2023).*

*Pour plus de renseignements, rendez-vous sur le site de l'EAMA : <https://www.eama.eu/en>*

## L'ANAIG

L'Association Nationale des Internes de Gériatrie, présentée dans le numéro #29 de la Gazette (rubrique Actu AJG, focus partenaires), est également présente au corner jeunes. L'occasion pour les internes de discuter entre eux et d'échanger sur la formation, les stages, leurs projets d'avenir.

Et bien sûr **L'AJG** sera présente pour vous présenter ses projets pour 2023, vous offrir un mug (éviter un gobelet à chaque pause) et un café !

## EUGMS 2022

Cette année encore, l'AJG était présente au Congrès de la société européenne de Gériatrie (EUGMS) qui s'est tenu du 28 au 30 septembre 2022, à Londres. Vous retrouverez les points clés présentés lors de cette édition dans ce numéro de la Gazette !

## Le groupe des jeunes pousses

Afin de répondre au besoin des jeunes gériatres de mieux comprendre ce qu'est une carrière Hospitalo-Universitaire (HU), la première édition de la journée des Jeunes Pousses en Gériatrie a été organisée, le 23/05/2022, à l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière. Lors de cette journée, les participants ont pu se présenter et s'informer sur « tout ce qu'ils ont voulu savoir, sans jamais oser le demander ». Ainsi, des sessions plénières et en petits groupes ont abordé les stratégies pour passer les étapes qui jalonnent le parcours HU, les dimensions du métier HU (enseignement, soin et recherche), le travail en réseau, l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. En raison du succès de cette première édition, une deuxième journée aura lieu l'année prochaine, le 26/5/23... à vos agendas !

*Dr Guillaume Chapelet, pour le comité d'organisation de la Journée des Jeunes Pousses en Gériatrie (Pr JB Beuscart, Pr F Blanc, Dr G Chapelet, Dr M Lilamand, Pr C Roubaud-Baudron, Pr M Verny).*

*Pour plus de renseignements, contact mail : [jeunespousses.geriatric@gmail.com](mailto:jeunespousses.geriatric@gmail.com)*

jeunespousses.geriatric@gmail.com'."/&gt;

Cela a également été l'occasion de présenter en avant-première, en communication affichée, notre projet de promotion de la gériatrie à travers la bande dessinée co-construite avec l'association The InkLink... Affaire à suivre !

## Colloque A2MCL

L'AJG soutient l'Association des Aidants et Malades à Corps de Lewy (A2MCL) qui organise un colloque sur la maladie à corps de Lewy le 25 novembre 2022. Il se tiendra en présentiel et en visio, est gratuit, et réunira des spécialistes sur le thème :

**"Mieux diagnostiquer la MCL pour mieux la traiter".**

Ce colloque sera précédé la veille d'une formation en visio de 3 heures sur cette maladie, animée par le Professeur Paquet (Paris) et le Professeur Blanc (Strasbourg). Toutes les informations sur <http://www.a2mcl.org/>

N'hésitez pas à diffuser l'information autour de vous !



## JAJG 2023

**La troisième Journée Annuelle des Jeunes Gériatres aura lieu à NANTES le 9 juin 2023 !!! BLOQUEZ VOTRE DATE !!!**

Comme lors des précédentes éditions, la part belle sera faite aux communications orales. L'appel à communication sera lancé prochainement avec toutes les informations.

Nous profiterons d'être tous réunis pour tenir notre assemblée générale ordinaire et la réélection d'une partie du Conseil d'Administration. Nous sommes à la recherche de jeunes gériatres motivés pour rejoindre l'aventure AJG et continuer à faire vivre les différents projets ! N'hésitez pas à nous contacter si vous êtes intéressés ou souhaitez des renseignements sur [jeunesgeriatres@gmail.com](mailto:jeunesgeriatres@gmail.com).

À très vite !

Le bureau de l'Association des Jeunes Gériatres

## VACCINATIONS DU SUJET ÂGÉ : AVEZ-VOUS PENSÉ AU PNEUMOCOQUE ?

Les personnes âgées sont à risque d'infections respiratoires qui peuvent être prévenues par la vaccination (grippe saisonnière, SARS-CoV-2). Concernant le pneumocoque, les recommandations vaccinales sont basées sur la présence de maladies chroniques (le diabète, la BPCO et l'insuffisance cardiaque etc.) ou présentant une immunodépression (par exemple, la présence d'un cancer). L'âge et la présence d'une pathologie chronique augmentent d'autant plus le risque d'infection. Pour prévenir les infections à pneumocoques, le calendrier vaccinal propose depuis 2017 un schéma vaccinal contre le pneumocoque associant le vaccin conjugué 13-valents et polysaccharidique 23-valents pour toutes les personnes à risque.

Contrairement à la grippe saisonnière et au Covid, il n'existe pas de mesure des couvertures vaccinales en France pour le pneumocoque pour les personnes à risque d'infection. L'étude COVARISQ, s'est donnée pour objectif d'estimer ces couvertures vaccinales en 2018, en analysant les données de remboursement du système national des données de santé (SNDS). L'originalité de ce travail a été d'identifier les personnes à risque selon les recommandations, puis d'estimer les couvertures vaccinales pour ces populations en tenant compte de l'évolution du schéma vaccinal pour les deux vaccins antipneumocoques disponibles (PCV13 et VPP23).

Plus de 4 millions de personnes à risque ont été identifiées, essentiellement des personnes diabétiques. L'âge médian étant de 65,4 ans. Les résultats de couverture vaccinale montrent que le nombre de personnes à jour de leur vaccination est encore insuffisant, pour le pneumocoque mais aussi pour la grippe saisonnière :

	À jour de leur vaccination contre le pneumocoque (VPC13 + VPP23) (%)	Couverture vaccinale grippe (saison 2018-2019) (%)
Patients souffrants de maladies chroniques (n= 3 635 K)	<b>2.9</b>	45.2
Patients atteints d'immunodépression (n= 570K)	<b>18.8</b>	35.5

Résultats 2018 : couvertures vaccinales nationales grippe et pneumocoque populations adultes à risque en France.

Dans cette étude, il a été également mesuré le nombre de consultation médicale. La grande majorité des personnes sont suivies, puisque 92.6 % d'entre eux ont consulté leur médecin traitant, et 36.3 % un spécialiste hospitalier dans l'année. L'offre de soin n'est donc pas le principal frein à cette vaccination. La vaccination des personnes âgées et notamment contre le pneumocoque (si une/des comorbidité(s) les y prédisposent) représente et continue de représenter un défi de santé publique pour lequel les gériatres ont toute leur place.

### Référence de l'étude

Wyplosz et al, Pneumococcal and influenza vaccination coverage among at risk adult patients: a 5-year nationwide observational study in France, Vaccine 2022



# L'ÉLECTRO-CONVULSIVOTHÉRAPIE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

## NEUROCOGNITIVE FUNCTIONING AFTER ELECTROCONVULSIVE THERAPY IN LATE-LIFE DEPRESSION : A FOUR-YEAR PROSPECTIVE STUDY

Obbels & al., *Acta Psychiatr Scand.* 2021 (1)

L'électro-convulsivothérapie (ECT), anciennement appelée sismothérapie, est une thérapie consistant à appliquer un stimulus électrique au niveau du crâne d'un patient pour provoquer une crise d'épilepsie, sous anesthésie générale. Elle est née à la fin des années 30 et a fréquemment été utilisée avec d'autres thérapies dites « *de choc* » par les psychiatres de l'époque comme le choc insulinique (cure de Sakel). Elle est alors considérée comme la méthode la plus efficace pour traiter les pathologies mentales, et particulièrement la dépression mélancolique. Loin de la rejeter comme elle a pu le faire pour d'autres thérapies de choc, l'*evidence based medicine* va venir confirmer cette impression empirique. Dans la dépression, l'ECT est à l'heure actuelle le traitement le plus efficace dont on dispose dans l'arsenal thérapeutique de la psychiatrie. Et ceci est encore plus vrai pour la personne âgée. Les taux de rémission<sup>1</sup> à l'issue d'une cure d'ECT vont de 60 à 90 % selon les études pour la dépression d'apparition tardive (LLD)<sup>2</sup>. Les études comparant ECT et médicaments psychotropes dégagent un consensus net montrant une supériorité de l'ECT sur la rémission et la réponse<sup>3</sup>. Par ailleurs, l'ECT fonctionne plus rapidement que les médicaments : un taux de réponse de 80 % est observé dès la 6<sup>ème</sup> séance dans certaines études pour la LLD. Enfin, une corrélation positive a plusieurs fois été mise en évidence entre augmentation en âge et efficacité de l'ECT (2). Mais malgré cette efficacité éprouvée, l'ECT reste largement sous-utilisée. Ceci en raison de la stigmatisation dont elle fait l'objet, de la disparité importante pour y accéder sur le territoire français, mais aussi de la crainte d'effets indésirables importants, notamment sur la mémoire et les capacités cognitives. Et en effet, d'anciennes études avaient conclu que l'ECT avait plus d'impact cognitif chez les sujets âgés que chez les jeunes. Cette crainte a représenté et représente encore un frein majeur à la prescription de l'ECT chez la personne âgée et à son acceptation par les patients. Il est donc important que cette hypothèse soit confrontée à des données robustes. De nombreuses études se sont depuis penchées sur la question, et cette récente étude de l'équipe d'Obbels & al. a été choisie parce qu'elle en représente un bon exemple.

1- Rémission : quasi-disparition totale des symptômes dépressifs, dont la définition est variable en fonction de l'échelle de dépression utilisée.

2- Late Life Depression (LLD), dépression apparaissant après un certain seuil d'âge, généralement > 65 ans.

3- Diminution des symptômes dépressifs de plus de 50 % par rapport à la base.

## Méthodes

Les patients inclus étaient issus d'une cohorte (Mood Disorders in Elderly Treated with ECT = MODECT) dont les critères d'inclusion étaient d'être adressé pour une thérapie par ECT pour une dépression caractérisée unipolaire (selon le DSM-IV-TR), et d'être âgé de plus de 55 ans. Les critères d'exclusion incluait un diagnostic de trouble bipolaire ou de trouble du spectre de la schizophrénie au sens du DSM-IV-TR, ou une pathologie neurologique associée (incluant aussi les troubles neurocognitifs majeurs).

Les patients inclus bénéficiaient d'une cure d'ECT jusqu'à rémission complète, en utilisant une stimulation par *Ultra Brief Pulse avec un placement des électrodes* en unilatéral droit. Les médicaments psychotropes des patients étaient arrêtés une semaine avant le début de l'ECT si cela était possible ou maintenus à des posologies stables 6 semaines avant le début puis pendant toute la durée de l'ECT s'il était impossible de les arrêter. La **Figure 1** présente les échelles d'évaluation utilisées pour les symptômes dépressifs et le bilan neuropsychologique, ainsi que leur fréquence de passation. L'analyse statistique incluait principalement des modèles linéaires mixtes pour chaque variable neuropsychologique à leur différent moment de réalisation. L'influence de l'âge, du niveau de dépression évalué par la *Geriatric Depression Scale*, et du nombre total de séances d'ECT au moment de la réalisation du bilan neuropsychologique a été évalué en les ajoutant dans ces modèles comme des covariables.

## Résultats

Quarante et un patients ont été inclus, avec une moyenne d'âge de 73,2 ans, composés de 12 hommes (29 %) et 29 femmes (71 %). À l'issue de la première cure et durant la période de suivi, 15 patients (37,5 %) ont dû avoir une deuxième cure pour cause de rechute et 10 (24,3 %) ont dû bénéficier d'ECT de maintenance<sup>4</sup>. L'échantillon de patient avait un niveau inférieur à environ 1 déviation standard sur l'ensemble des tests cognitifs par rapport à la norme attendue pour l'âge. Sans ajustement sur les covariables, aucune différence n'a été retrouvée aux différents tests cognitifs réalisés avant le début de la cure d'ECT et jusqu'à 4 ans après la dernière séance, à l'exception de la figure de Meander évaluant les fonctions exécutives. Après ajustement sur les covariables citées (âge, niveau de dépression au moment de l'évaluation, nombre total de séances d'ECT), aucune différence n'était retrouvée sur l'ensemble des tests cognitifs entre le niveau de base et à 4 ans. L'âge était corrélé à des performances plus basses sur un ensemble de tests évaluant principalement les fonctions exécutives, quel que soit le moment de l'évaluation. Même si aucun changement cognitif majeur n'a statistiquement été détecté sur l'échantillon total de patients, il est important de noter qu'un faible nombre parmi eux s'est soit amélioré (n = 3), soit dégradé (n = 5) sur au moins un des tests neuropsychologiques réalisés à 4 ans après la dernière cure d'ECT.

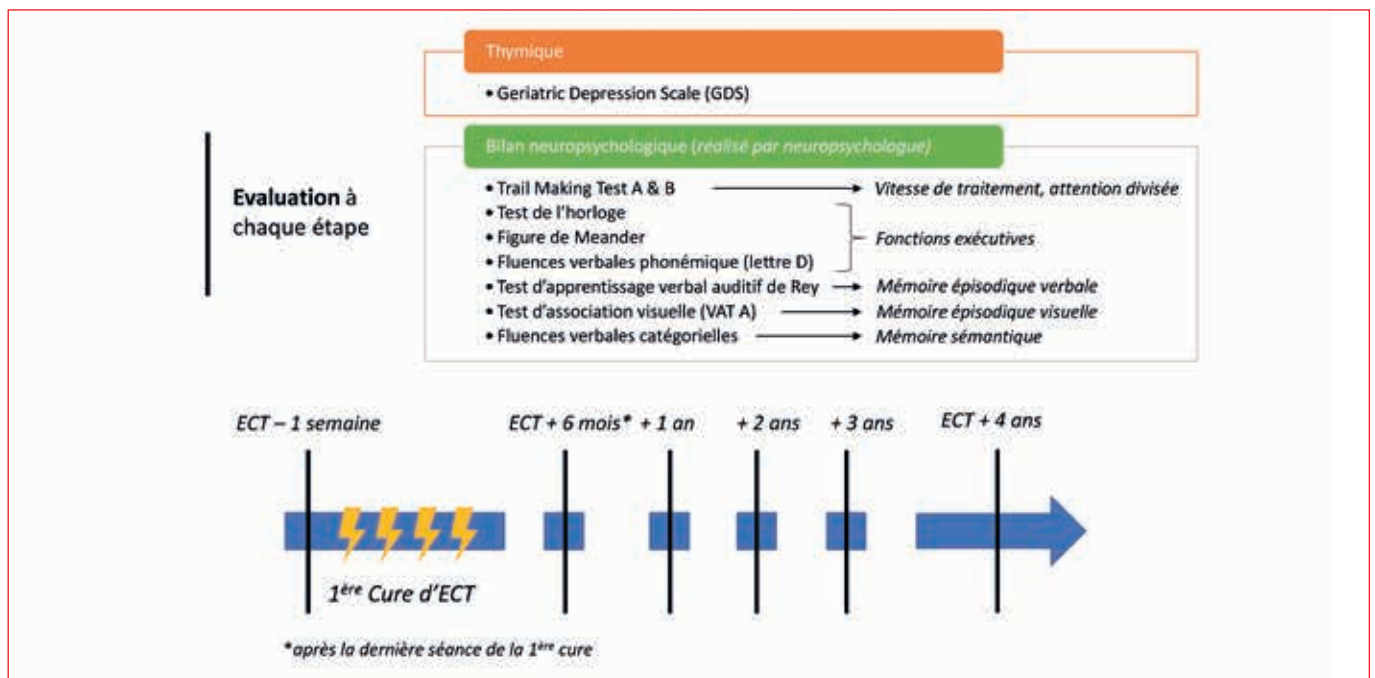


Figure 1 : Fréquence et type d'évaluations durant la période de suivi

<sup>4</sup>- ECT au long cours après la phase de cure, généralement à une fréquence moindre (1 fois par semaine à 1 fois par mois voire moins).

## Quel intérêt pour les jeunes gériatres ?

Cette étude est cohérente avec l'ensemble des études plus récentes qui se sont penchées sur les performances cognitives du sujet âgé atteint de LLD et traité par ECT : celles-ci sont stables à long terme (à partir de 6 mois après la dernière séance), et sont de base plus faible que chez des sujets non-déprimés. L'intérêt de cette étude est de répliquer une fois de plus ces résultats, cette fois à très long terme jusqu'à 4 ans, et aussi sur un bilan neuropsychologique plus étendu que le simple MMSE généralement réalisé. Un petit groupe de « *déclineurs* » mais aussi de patients qui s'améliorent est à chaque fois retrouvé dans les études, et concerne 5 à 10 % des sujets pour chaque groupe. L'hypothèse la plus cohérente pour expliquer le déclin cognitif chez certains sujets semble être la présence d'une pathologie neuro-évolutive non détectée au début de la cure d'ECT.

La tolérance cognitive de l'ECT semble donc être bonne à long terme chez le sujet âgé atteint de LLD, et ce résultat a largement été répliqué dans les dernières années par de multiples études longitudinales (3-5). Ce n'est donc plus une bonne raison pour ne pas prescrire ce qui est à l'heure actuelle la thérapeutique la

plus efficace ET rapidement efficace pour la LLD chez la personne âgée. Tout n'est pas rose évidemment : les sujets âgés sont particulièrement plus sensibles à la confusion post-ECT (jusqu'à 50 %, surtout si le patient a des troubles cognitifs), et le taux d'effets indésirables total est supérieur en comparaison au sujet jeune, surtout si le patient a des antécédents et des traitements cardiovasculaires. N'oublions cependant pas que la dépression caractérisée s'accompagne d'un taux de suicide abouti plus élevé chez la personne âgée, de dénutrition et de complications cardiovasculaires, d'une résistance plus élevée aux traitements antidépresseurs, ainsi que d'une moins bonne tolérance à ces derniers avec une iatrogénie majeure (2). Ainsi, le bénéfice apparaît supérieur au risque dans de nombreuses situations et il est important de ne pas juste considérer l'ECT comme une thérapie de dernier recours pour situations désespérées et patients ultra-résistants. La communication sera au centre de son avenir. Que ce soit sur les bénéfices prouvés de son efficacité, pour la déstigmatiser, pour favoriser son accès à certains patients entre établissements, ou pour bien poser les indications chez nos patients âgés, communiquer autour de l'ECT sera la base indispensable pour que nos patients en bénéficient le mieux.

**Dr Benoît SCHORR**

Psychiatre, Chef de Clinique  
Service de Psychiatrie I & Pôle de Gériatrie  
CHRU de Strasbourg  
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

## Références

1. Obbels J, Vansteelandt K, Bouckaert F, Dols A, Stek M, Verwijk E, et al. Neurocognitive functioning after electroconvulsive therapy in late-life depression: A 4-year prospective study. *Acta Psychiatr Scand.* févr 2021;143(2):141-50.
2. Watson S, Newby J, Laws P. ECT in Older Adults. In: Ferrier IN, Waite J, éditeurs. *The ECT Handbook* [Internet]. 4e éd. Cambridge University Press; 2019 [cité 30 sept 2022]. p. 44-9. Disponible sur : [https://www.cambridge.org/core/product/identifiant/9781911623175%23CN-bp-6/type/book\\_part](https://www.cambridge.org/core/product/identifiant/9781911623175%23CN-bp-6/type/book_part)
3. Lisanby SH, McClintock SM, McCall WV, Knapp RG, Cullum CM, Mueller M, et al. Longitudinal Neurocognitive Effects of Combined Electroconvulsive Therapy (ECT) and Pharmacotherapy in Major Depressive Disorder in Older Adults: Phase 2 of the PRIDE Study. *Am J Geriatr Psychiatry.* janv 2022;30(1):15-28.
4. Obbels J, Verwijk E, Vansteelandt K, Dols A, Bouckaert F, Schouws S, et al. Long-term neurocognitive functioning after electroconvulsive therapy in patients with late-life depression. *Acta Psychiatr Scand.* sept 2018;138(3):223-31.
5. Verwijk E, Comijs HC, Kok RM, Spaans HP, Tielkes CEM, Scherder EJA, et al. Short- and long-term neurocognitive functioning after electroconvulsive therapy in depressed elderly: a prospective naturalistic study. *Int Psychogeriatr.* févr 2014;26(2):315-24.

# SYNDROME DE DIOGÈNE : ENTRE CROYANCE ET RÉALITÉ !

## Histoire clinique

Nous allons parler de Mme G, patiente de 87 ans, hospitalisée en court séjour gériatrique pour une chute sur une pyélonéphrite aiguë puis transférée en Soins de Suite et de Réadaptation pour récupération fonctionnelle.

Une visite à domicile pour préparer le retour est organisée et constate effectivement un encombrement majeur, avec un logement très sale, remplis de débris, de déjections humaines, d'objets en tout genre sur l'espace extérieur, sans organisation de rangement particulière. La patiente refuse les aides et refuse que l'équipe contacte un référent familial. « J'ai que mon fils, mais on se dispute tout le temps ».

Le diagnostic retenu est celui d'un Syndrome de Diogène, sans autre diagnostic associé.

Son fils, inquiet de ne plus avoir de nouvelles de sa mère, finit par la retrouver à l'hôpital et rencontre l'équipe. Il confirme que le domicile est insalubre, encombré depuis plusieurs années mais « ça s'aggrave » et fait part de ses difficultés pour changer les choses car sa maman refuse toute aide. Il a essayé à plusieurs reprises de faire lui-même « un peu de ménage » mais elle l'a mis dehors avec le balai qu'il essayait de passer avec discrétion... Il explique aussi qu'il venait la chercher de temps en temps pour aller au restaurant mais désormais elle ne veut plus sortir de chez elle. Il avoue que cela l'arrange car « elle sent très mauvais, et elle n'a pas l'air de s'en rendre compte ».

La patiente bénéficie d'un bilan cognitif de débrouillage, étant peu encline à des explorations, qui retrouve un score au MMSE à 24/30, des déficits légers en mémoire épisodique verbale, quelques troubles exécutifs avec un ralentissement dans le TMT A et B et une diminution des fluences verbales.

Le retour à domicile ne semble pas possible vu l'état du logement et une décision d'emménagement chez son fils est prise en accord avec Mme G, car son fils peut lui mettre à disposition un espace individuel au rez-de-chaussée de sa maison.

L'équipe mobile extra-hospitalière se rend au domicile 1 mois après la sortie et constate que la situation est assez stable. Mme G. manifeste tout de même une tristesse de l'humeur et une perte d'appétit. Un suivi psychologique est préconisé. Trois mois plus tard, le nouveau médecin traitant de la patiente contacte le service d'hospitalisation en demandant de reprendre la patiente pour « troubles du comportement ». Il est décidé de mener une nouvelle visite à domicile. La patiente exprime clairement son souhait de rentrer chez elle. Elle profère des menaces suicidaires avec un scénario bien établi (s'accrocher une pierre au pied et se jeter dans le fleuve...), refuse de prendre ses traitements, de voir la psychologue. Un retour à son domicile est décidé en posant deux conditions : le nettoyage du logement et un accompagnement en gestion de cas dans un dispositif MAIA. Deux semaines plus tard, Mme G. regagne son domicile.

Une troisième visite de l'équipe mobile avec le questionnaire de cas permet de constater que la situation se stabilise. Mme G. recommence à avoir des comportements accumulatifs mais maintient son logement dans un état de salubrité minimal en effectuant quelques tâches ménagères par elle-même.

## Qui est Diogène ?

Diogène de Sinope (413 à 327 avant JC) était un philosophe grec de l'Antiquité qui a vécu au IV<sup>ème</sup> siècle avant notre ère. Il est réputé pour être créateur de l'école cynique, un mouvement philosophique prônant le dédain pour les biens matériels, les conventions sociales et l'artifice du pouvoir, ce qui pouvait le faire passer pour un misanthrope et un provocateur. En réalité, une dimension méconnue de la philosophie portée par Diogène est la recherche d'une part du divin enfouie dans chaque être humain. La légende antique le représente vivant quasiment nu, dans une grande jarre couchée sur le flanc, abandonnant son écuelle lorsqu'il voit un enfant boire avec ses mains et demandant à Alexandre le Grand de « [se détourner] un peu de son soleil ».

Des travaux récents montrent que la portée de l'école philosophique des cyniques dépasse le monde Antique comme ceux de Marie-Odile Goulet-Cazé (1) ou de Suzanne Husson (2). Aussi, bien qu'il existe des situations cliniques où il n'y a absolument aucun objet à l'intérieur des logements, le terme de Syndrome de Diogène semble avoir été retenu pour l'aspect « misanthrope » de la présentation clinique.

## Construction et origine du terme « syndrome de Diogène »

La première description de ce type de syndrome est due à Ernest Dupré, en 1913, qui rapporte des cas de « mendiants thésauriseurs », pour refléter l'association, paradoxale, de « la misère et de la richesse » (3). Dans sa description, on retrouve : « *une anesthésie aux besoins ordinaires* » et « *une privation volontaire de soins* ». Dupré s'étonne de voir ces personnes arriver à un grand âge, il l'attribue à « une étonnante vitalité [et] une absolue indifférence aux privations et aux pires situations ». Il décrit ainsi les situations de 17 personnes qui « *habitent dans des taudis insalubres saisissant d'horreur avec une tendance à collectionner de multiples objets dépourvus d'utilité (...) habillés de guenilles très sales* ». Toutefois, le terme « *mendiant* » n'apparaît pas adapté, puisque seule un quart de sa population d'étude, certes très limitée, pratique la mendicité. Il faut donc attendre les années 1960 pour que plusieurs auteurs décrivent des situations similaires avec davantage de précision.

La première définition retrouvée date de 1975, par Clark et Mankikar (4). Elle fait référence à une étude sur 30 patients de plus de 65 ans, hospitalisés pour une affection somatique aiguë et présentant une négligence de l'hygiène corporelle et de l'habitat.

Les personnes avaient comme caractéristiques communes de vivre dans des conditions de vie insalubres, dans une extrême saleté et désordre avec une accumulation de façon irrationnelle de toutes sortes d'objets inutiles et de déchets (syllogomanie). Les personnes ne présentaient aucune honte devant ces conditions de vie et refusaient les aides. Les auteurs précisent aussi que la personne pouvait présenter des troubles psychiatriques mais que ses derniers n'expliquaient pas la situation. Les auteurs évoquent comme « cause » la possibilité d'une évolution naturelle du vieillissement avec une réaction au stress sur une personnalité prédisposante ! Face à leur avancée dans la vieillesse, les patients donneraient une moindre priorité à la vie personnelle et domestique. Des exemples de personnalités publiques (Edith Ewing Bouvier Beale, dont l'histoire a été popularisée par le documentaire des frères Maysles, Grey Gardens, sorti en 1975, puis dans le film du même nom dans lequel Drew Barrymore l'incarnait sous la direction de Michael Sucsy en 2009 ou comme Howard Hughes, incarné par Leonardo DiCaprio dans le film Aviator de Martin Scorsese sorti en 2004) montrent l'éventail des pathologies associées et ainsi aident à formuler d'autres hypothèses que celle liée au vieillissement. Un événement traumatique, avec la perte d'une forme de paradis perdu et une reconstruction au travers d'un « moi-peau » viendrait combler une blessure narcissique (5). Une autre hypothèse est l'apparition de lésions traumatiques répétées avec une atteinte du cortex préfrontal au premier plan, qui pourrait, à l'instar des addictions sans substance, expliquer la difficulté à se départir d'objets considérés comme ayant peu de valeur.

Quoiqu'il en soit, le concept va évoluer, internationalement, pour se séparer, d'un côté, en trouble d'accumulation compulsif (Hoarding Disorder), pathologie inscrite dans le DSM-5 et la CIM 11, et de l'autre en « Syndrome de Diogène », une entité à part, dont le signe cardinal serait le refus d'aide, avec ou sans accumulation pathologique, avec ou sans conscience du trouble. Il pourrait s'agir d'une entité nosologique propre mais ses contours font débat encore actuellement devant la coexistence fréquente avec des pathologies psychiatriques ou des troubles neurocognitifs majeurs, dont certains symptômes peuvent provoquer un tableau clinique proche.

## Quelques données épidémiologiques

La prévalence du syndrome de Diogène est estimée à 0,5 pour 1000 personnes de plus de 60 ans (6) tandis que la négligence toucherait 10 fois plus de monde. En France, sur une étude prospective incluant 50 personnes de plus de 50 ans signalées à un réseau gériatrique parisien (7), l'âge moyen était de  $78 \pm 9$  ans (étendue 50-93), 52 % étaient des femmes, 90 % vivaient seules et il existait une personne avec une fonction d'aïdant dans 46 % des cas.

Toutes les catégories socio-économiques sont concernées, voire il pourrait exister une sur-représentation de certaines professions (journalistes, militaires, artistes, professions de santé). La majorité des patients ont des revenus financiers corrects, bien qu'une part importante des signalements aux services (sanitaires, sociaux ou médico-sociaux) trouve son origine dans le voisinage : demande d'expulsion de la part des bailleurs ou de la copropriété. La mortalité associée à ce syndrome est importante, estimée à 50 % à 5 ans du diagnostic.

## Hypothèses étiologiques ?

Le processus étiopathogénique exact demeure inconnu. Un corpus de plus en plus étayé propose pour expliquer la compulsion d'accumulation, d'achat compulsif ou de l'attachement intense aux possessions empêchant de jeter ou de ranger qu'il existe une altération du cortex préfrontal. Celle-ci s'accompagnerait d'une dysrégulation de la sécrétion dopaminergique dans divers systèmes-clés : striatum, circuits fronto-limbiques, cortex cingulaire ventro-médial du cortex préfrontal (8-11).

Pathologies associées :

Le débat le plus marqué est de savoir si, au-delà du trouble d'accumulation compulsif décrit dans le DSM-5, le « syndrome de Diogène » est une pathologie à part entière ou un spectre de symptômes liés à d'autres pathologies. En effet, l'incurie peut résulter d'une apraxie idéomotrice, d'un trouble thymique, ... tandis que le refus d'aides peut également avoir pour origine une anosognosie... Il semble toutefois que quelques traits de personnalité sont fréquemment associés avec un syndrome de Diogène, de même que des comorbidités fréquentes :

- Psychiatriques, dans environ 50 %, au premier rang desquelles la Psychose Paranoïde, les troubles de l'humeur, les Troubles Obsessionnels Compulsifs, mais aussi un état de stress post-traumatique ou des déficits de l'attention et l'hyperactivité (TDAH) négligés,
- Neurocognitives, dans 25 % des cas environ, avec une sur-représentation des Dégénérescences lobaires fronto-temporales dans leur versant comportemental mais aussi de maladies d'Alzheimer.

Aucune comorbidité n'était retrouvée au moment du signalement dans 25 % des cas (12).

Une des limites dans la littérature est que le recueil des données se fait au prix de beaucoup de refus des personnes screenées et que seules les situations les plus « visibles », causant le plus de nuisances à autrui, sont signalées, ce qui est un facteur limitant à une exploration précises des diverses comorbidités associées, même si la prévalence des troubles neurocognitifs mineurs peut atteindre une proportion notable des personnes vivant avec un syndrome de Diogène, entre 22 et 100 %, dans diverses séries de cas (6, 13, 14).



Photos : Avec l'aimable autorisation du Dr Laurence Hugonot-Diener (et l'autorisation des personnes), tous droits réservés.

## Approche pragmatique

On définit le syndrome de Diogène par l'association 1 + 2 :

### 1 = Absence de demande en direction des acteurs du champ sanitaire ou médico-social

Cette absence de demande se manifeste parfois par une impossibilité d'accéder au domicile de la personne ou par un refus (parfois violent) des aides, y compris pour se nourrir.

### 2 = Rapport pathologique à l'une des 3 composantes ci-dessous et pouvant être associées à des degrés divers (au moins 1 est présente)

#### Aux objets

### Rapport pathologique aux objets

**Sylogomanie** : accumulation d'objets de même type ou très différents (journaux, boîte de médicaments, toile cirée, vêtements) ou **absence totale d'objets**.

Il peut s'agir de comportement d'achats compulsifs, de récupération d'objets sur la voie publique comme d'une difficulté à se débarrasser de ses propres déchets.

L'échelle Saving Inventory Revised (8) aide ainsi à évaluer cet aspect.

#### et/ou au corps

### Rapport pathologique au corps

**Manque d'hygiène** ou alors, **extrême souci de son apparence**

5 domaines de l'incurie peuvent ainsi être évalués grâce à une échelle d'incurie : cheveux, ongles, peau, habillage, infestation par des parasites (9)

Rapport pathologique aux **excréments** (ceux des animaux et/ou les leurs)

**Tolérance de lésions corporelles** douloureuses...

#### et/ou aux autres

### Rapport pathologique aux autres

Misanthropie, cynisme, séduction

Le retrait social peut être primaire à l'accumulation (qui viendrait compenser une « perte sociale ») ou secondaire à l'accumulation (un sentiment de honte empêcherait les personnes de recevoir quiconque chez elles).

Toutefois, cela n'est pas sans soulever des questions d'ordre éthique, en particulier lorsque la demande n'émane pas de la personne mais des voisins (puanteur, nuisibles, incendie ou fuites, ...) : l'intervention des services médicaux, médico-sociaux ou sociaux n'a pas pour vocation à produire du contrôle social mais à aider des personnes à récupérer du pouvoir d'agir (empowerment) (15). L'objectif est de prévenir certains risques bien plus élevés chez ces personnes que dans la population générale, en particulier le risque d'expulsion de leur logement (qu'il soit ordonné ou subi, à la suite d'un incendie, par exemple). Cela a conduit à une approche des divers risques pouvant menacer le maintien de la personne dans son domicile (7) : incendie (volumes d'entassement, objets inflammables, tabagisme ou absence/coupure d'électricité conduisant à un éclairage à la bougie, ...), risques d'ordre « sanitaire » (chutes ou divers traumatismes, gelures, dénutrition, inobservance d'un traitement médical important, ...) ou d'autres types de nuisances (liées aux odeurs ou aux parasites).

Dans un deuxième temps, la possibilité de voir les besoins vitaux indispensables couverts doit également être évaluée (pour augmenter le nombre des besoins couverts), sur le principe des échelles des activités de la vie quotidienne, via l'échelle d'ADL-H (Activities of Daily Living in Hoarding), c'est-à-dire évaluer et distinguer ce qui relève de l'apraxie idéomotrice (ou de tout autre déficit) de l'impact de l'accumulation (16).

Ainsi, il est encore plus fondamental que dans les autres problématiques touchant les personnes âgées d'adopter une approche gériatrique globale : faire un diagnostic étiologique et individualisé pour cibler les mesures de prévention (chutes, risque infectieux, risques sociaux, ...) permet aussi de mieux accompagner le parcours de santé. Au-delà du recueil des éléments biographiques, liés au passé médical et psychique (notamment vis-à-vis d'un stress post-traumatique), il faut aussi s'intéresser à l'histoire de l'accumulation (notamment parce qu'elle pouvait être compensée pendant un temps par un entourage qui a disparu), la conscience du trouble et bien sûr, mener, autant que faire se peut,

un examen clinique le plus complet possible. Il est à noter qu'un syndrome de Diogène dermatologique a été décrit, *Dermatitis passivata*, comprenant des lésions d'hyperkératose avec une infiltration du derme par des amas cellulaires de leucocytes (neutrophiles, lymphocytes, macrophages). Les troubles du sommeil, fréquent, peuvent aussi trouver leur origine dans l'incapacité d'avoir accès à un endroit suffisamment dégagé pour pouvoir dormir. La recherche de pathologies somatiques (cardiovasculaires, gastro-entérologiques, rhumatologiques, endocrinologiques...) devra être systématique car ces patients sont fréquemment en rupture de leur suivi médical.

Ceci est complété des explorations paracliniques pertinentes, en particulier à la recherche des « causes curables » des troubles neurocognitifs.

Bien qu'il soit souvent indispensable d'avoir une objectivation de la situation au domicile, l'accès au logement est parfois complexe. Gagner la confiance des personnes est indispensable et il est parfois nécessaire de trouver des lieux de rencontre neutres (cafés, lieux publics, ...) pour réaliser des petites étapes, qui, mises bout à bout, peuvent aboutir à des résultats concrets. Néanmoins, face aux refus réitérés des soins ou de l'aide, dans les aspects thérapeutiques, en dehors du traitement « étiologique » des pathologies associées, seule la thérapie Cognitivo-Comportementale semble avoir fait preuve de son efficacité à moyen ou long terme (17, 18), mais la principale limitation reste l'accès à ces soins spécialisés, la difficulté à accéder au domicile pour la mise en place d'aides. Des pistes utilisant la réalité virtuelle semblent également prometteuses (19).

Au total, le Syndrome de Diogène est une situation complexe de recours à l'expertise gériatrique, méritant une enquête étiologique précise autour des pathologies associées (psychiatrique ? neuro-évolutive ? traumatique ?) à point d'appel social. Il regroupe d'abord une absence de demande d'aide avec, en plus, associés à des degrés divers, une auto-négligence extrême, une insalubrité du domicile

et/ou un retrait social intense. Son « apparition brutale » dans le grand âge doit faire rechercher un facteur déclenchant (la disparition d'un aidant, par exemple, une maladie, ...).

La prise en soins à la fois médicale et sociale est TOTALEMENT PLURIDISCIPLINAIRE, sur un temps long et fait appel à une démarche éthique collaborative, mettant en conflit bienveillance, non malfaisance et autonomie de décision, dans un processus dynamique de consentement et des objectifs de soins, adaptés et individualisés, qui peuvent évoluer une fois certains a priori levés, des deux côtés et conduire à une certaine efficacité ! Mieux repérer le Syndrome de Diogène permet un accompagnement plus précoce créant un meilleur lien dans l'idée de la réduction des risques. Un changement de perception de ces patients par la société et les professionnels est nécessaire pour ne pas les stigmatiser, prévenir les rechutes en ne prenant pas un rôle de contrôle social mais en permettant à ces personnes d'avoir accès aux mêmes droits, aux mêmes soins que l'ensemble de la population et ainsi, réduire l'impact de l'âgisme. Même si, comme disait Reifler, « en médecine, il n'y a rien de plus excitant que de traiter ceux qu'on croyait intraitables », l'humilité des équipes est requise par de nombreux éléments de complexité : le désencombrement forcé et brutal est très difficile à vivre psychiquement (certaines personnes l'assimilent au traumatisme d'un viol) conduisant soit à des rechutes sévères soit à des symptômes psychiques plus intenses. Parfois, le changement de lieu de vie avec le confort des infrastructures, qui était perdu au domicile, apporte un changement de projet de long terme.

Enfin, le nom de ce syndrome pourrait être regrettable, tant il paraît peu approprié à la description clinique ! Quitte à rester dans la mythologie grecque, le terme de « syndrome des Ecuries d'Augias » aurait pu apparaître plus adapté, faisant se rapprocher le projet partagé avec la personne d'un travail herculéen, visant à donner davantage d'autonomie et de pouvoir d'agir à la personne. À chacun ses travaux !

À noter, la publication prochaine d'un ouvrage collectif sur le sujet, dirigé par Laurence Hugonot-Diener et Matthieu Piccoli, à paraître chez De boeck Supérieur.

**Dr Matthieu PICCOLI**  
Assistance publique, Hôpitaux de Paris  
matthieu.piccoli@aphp.fr

**Dr Nathalie JOMARD**  
Centre Hospitalier des Monts du Lyonnais  
nathalie.jomard@chmdl.fr  
Pour l'Association des Jeunes Gériatres



## Références

1. Goulet-Cazé MO. Le cynisme, une philosophie antique. Paris: Librairie philosophique J. Vrin; 2017. 704 p. (Textes et traditions).
2. Husson S. La « République » de Diogène : une cité en quête de la nature. Paris: Librairie philosophique J. Vrin; 2010. 256 p. (Histoire des Doctrines de l'Antiquité Classique).
3. Dupré E. Les mendiants thésauriseurs. In: Pathologies de l'imagination et de l'émotivité. Paris: Payot; 1925. p. 431-44.
4. Clark ANG, Mankikar GD, Gray I. DIOGENES SYNDROME. *The Lancet*. févr 1975;305(7903):366-8.
5. Hanon C, Piquier C, Gaddour N, Saïd S, Mathis D, Pellerin J. Le syndrome de Diogène, une approche transnosographique. *L'Encéphale*. sept 2004;30(4):315-22.
6. Halliday G, Banerjee S, Philpot M, Macdonald A. Community study of people who live in squalor. *The Lancet*. mars 2000;355(9207):882-6.
7. Monfort JC, Devouche E, Wong C, Pean I, Hugonot-Diener L. Diogenes Syndrome: A Prospective Observational Study. *J Aging Res & Lifestyle*. 2017;1-5.
8. An SK, Mataix-Cols D, Lawrence NS, Wooderson S, Giampietro V, Speckens A, et al. To discard or not to discard: the neural basis of hoarding symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. mars 2009;14(3):318-31.
9. Saxena S. Neurobiology and Treatment of Compulsive Hoarding. *CNS Spectr*. 2008;13(S14):29-36.
10. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Smith EC, Zohrabi N, Katz E, et al. Cerebral Glucose Metabolism in Obsessive-Compulsive Hoarding. *AJP*. juin 2004;161(6):1038-48.
11. Tolin DF, Kiehl KA, Worchunsky P, Book GA, Maltby N. An exploratory study of the neural mechanisms of decision making in compulsive hoarding. *Psychol Med*. févr 2009;39(2):325-36.
12. Monfort JC, Hugonot-Diener L, Devouche E, Wong C, Péan I. [Diogenes's syndrome: an observatory study in a Paris district]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. juin 2010;8(2):141-53.
13. Dervinos-Hodbert S, Lableigne V, Barbe-Hairy A, Lièvre B, Leguay D. Syllogomanie ou syndrome de diogène, revus à travers histoire, littérature et clinique : Clinique des psychoses. *L'information psychiatrique*. 2001;77(9):909-15.
14. Wong C. Le syndrome de Diogène : description clinique et conduite à tenir. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. févr 2013;13(73):51-60.
15. Furtos J. Que signifie une demande de soins par un intervenant social ? In: Droit d'être soigné, droits des soignants [Internet]. Érès; 2003 [cité 8 mai 2022]. p. 173-8. (Études, recherches, actions en santé mentale en Europe). Disponible sur : <http://www.cairn.info/droit-d-etre-soigne-droits-des-soignants--9782749202266-page-173.htm>
16. Frost RO, Hristova V, Steketee G, Tolin DF. Activities of daily living scale in hoarding disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. avr 2013;2(2):85-90.
17. Ayers CR, Saxena S, Espejo E, Twamley EW, Granholm E, Wetherell JL. Novel Treatment for Geriatric Hoarding Disorder: An Open Trial of Cognitive Rehabilitation Paired with Behavior Therapy. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. mars 2014;22(3):248-52.
18. Tolin DF, Frost RO, Steketee G. An Open Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Compulsive Hoarding. *Behav Res Ther*. juill 2007;45(7):1461-70.
19. St-Pierre-Delorme ME, O'Connor K. Using Virtual Reality in the Inference-Based Treatment of Compulsive Hoarding. *Front Public Health* [Internet]. 19 juill 2016 [cité 6 mars 2022];4. Disponible sur : <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpubh.2016.00149/abstract>

Dans la structuration de la filière gériatrique du territoire du sud des Yvelines, le Centre Hospitalier de Rambouillet et l'Hôpital Gériatrique de Chevreuse recherchent

# MÉDECINS GÉRIATRES

**Temps plein - Temps partiel. Poste de Praticien Hospitalier.**  
**Le territoire sud des Yvelines est une zone semi rurale, aux portes de Paris, très bien desservie.**

**Sur le site de Chevreuse** (170 lits dont 76 lits d'EHPAD, dont 14 places de PASA, avec un GMP de 703 et PMP de 200, 40 lits d'USLD avec un GMP de 724 et un PMP de 350 ainsi qu'une MAS de 54 lits à orientation pathologie neurologique acquise). Le praticien intégrera une équipe de 4 praticiens et participera au tour des astreintes opérationnelles.  
 Possibilité d'un logement de fonction sous convention d'occupation temporaire.  
 Possibilité de temps partagé avec le CH de Rambouillet.  
 Un projet architectural est en cours de finalisation avec amélioration de la capacité d'accueil.

**Sur le site du Centre Hospitalier de Rambouillet**, le praticien exercera un rôle de coordination de la filière gériatrique avec un temps d'évaluation à domicile en lien avec le réseau gérontologique du territoire (dont le court séjour et l'UPOOG du Centre Hospitalier de Rambouillet).

Madame Julie FAVRY, Attachée d'administration faisant fonction de directrice adjointe à l'Hôpital Gériatrique de Chevreuse : [jfavry@ght78sud.fr](mailto:jfavry@ght78sud.fr) | 01 30 07 34 08

Madame Florence MARTIN-BEHIER, Chargée des Affaires Médicales, de la Gouvernance et des Cooperations au CH de Rambouillet : [f.martinbehier@ch-rambouillet.fr](mailto:f.martinbehier@ch-rambouillet.fr) | 01 34 83 78 25

Travailler chez Filiéris, c'est faire le choix d'exercer en salariat au sein d'un groupe de santé privé non lucratif portant des valeurs fortes issues d'un riche passé minier : l'engagement, la proximité, l'ouverture, l'écoute et l'expérience.

## NOUS RECHERCHONS 2 Médecins Généralistes Hospitaliers ou Gériatres

H/F pour nos établissements d'Escaudain (59) et Bruay-la-Buissière (62).

### Vos Missions

- Établir, conduire les prescriptions médicales, surveiller la bonne exécution et expliquer les modalités de traitements.
- Mettre en place le projet thérapeutique.
- Travailler en équipe pluridisciplinaire et coordonner les synthèses.
- Veiller à l'application des bonnes pratiques professionnelles.
- Gérer les relations avec les partenaires, les relations fonctionnelles et échanger avec le patient et sa famille.
- Participer à la démarche qualité.

### Rémunération et avantages

- Salaire fixe selon profil et indemnités frais professionnels.
- Prise en charge de l'assurance professionnelle.
- Mutuelle et prévoyance d'entreprise.
- Prestations du CSE.

**CANDIDATURE À ENVOYER À [recrutement.carmin@filiéris.fr](mailto:recrutement.carmin@filiéris.fr)**

**Conditions**

- Diplôme d'État de Docteur en Médecine Générale ou de Médecin Gériatre.
- Capacités en gérontologie ou en soins palliatifs souhaitées.
- Inscription au Conseil de l'Ordre.

**Contacts** Le Bois de la Loge : Mme Lefebvre - 06 37 53 44 41 | La Roseraie : Mr Becques - 06 71 63 31 84

L'EHPAD SAINT ANTOINE DE PADOUE RECHERCHE un Médecin Coordonnateur et un Médecin Généraliste/Gériatre

Postes à pourvoir dès que possible

### PROFILS RECHERCHÉS

- **MÉDECIN COORDONNATEUR**  
 CDI TEMPS PLEIN MODULABLE DE 0.8 À 1 ETP  
 VOS MISSIONS SERONT  
 - Définir l'organisation général des soins dans l'établissement.  
 - Organiser la prise en charge médicale et paramédicale des résidents.  
 - Acteur et partenaire du réseau gérontologique.
- **MÉDECIN GÉNÉRALISTE/GÉRIATRE**  
 CDD TEMPS PLEIN MODULABLE DE 0.5 À 1 ETP  
 VOS MISSIONS SERONT  
 - Assurer un suivi médical (évaluation clinique, encadrer, transmettre) en respectant les recommandations.  
 - Élaborer le projet de soins des résidents.  
 - Garantir l'information et les relations avec les familles sur le plan médical et l'équipe soignante.  
 - Collaborer avec les différents acteurs pour garantir la qualité des soins.

Candidatures à adresser à Monsieur DE BAZELAIRE Florent, Directeur, [florent.debazelaire@feron-vrau.com](mailto:florent.debazelaire@feron-vrau.com) et à Madame DELBEQUE Enora, Directrice Adjointe, [enora.delbeque@feron-vrau.com](mailto:enora.delbeque@feron-vrau.com)  
 Lien linkedin : <http://www.linkedin.com/company/feron-vrau/>

Contact : [contact-sadp@feron-vrau.com](mailto:contact-sadp@feron-vrau.com)

Le Centre Hospitalier Albertville-Moùtiers ouvre à candidature son poste de

## CHEF DE PÔLE GÉRIATRIE

### UN PÔLE GÉRIATRIE SUR DEUX SITES

- Un court séjour gériatrique 12 lits sur le site de Moûtiers.
- Un SSR polyvalent avec mention de spécialité personne âgée polypathologique : 40 lits.
- 2 EHPAD : Albertville 90 résidents et Moûtiers 80 résidents.
- 1 USLD (Albertville) : 30 patients.
- 1 USLD (Moûtiers) : 30 patients.
- Unité mobile de gériatrie intra-hospitalière (Albertville).
  - Une activité de consultation mémoire (450 consultations/an).
  - Coordonnés par 4 gériatres titulaires.

Le pôle est animé par un trio de pôle constitué d'un médecin chef de pôle, d'un cadre supérieur soignant du pôle et d'un directeur référent. Son projet médical a été actualisé à l'été 2022.

Le chef de pôle est intégré dans un collectif de cinq chefs de pôle travaillant en lien avec le Président de la Commission Médicale d'Établissement. Il bénéficie d'un accompagnement individualisé.

### CONDITIONS D'EXERCICE

- Médecin titulaire d'une capacité de gériatrie, intéressé par les territoires de montagne, la coordination et la stratégie.
- Indemnité de chef de pôle - 20 à 30% de temps dédié.
- Ouvert aux temps pleins et temps partiels.

**CANDIDATURE** (CV et lettre de motivation) au PCME et au Directeur à transmettre à [recrutement.medical@cham-savoie.fr](mailto:recrutement.medical@cham-savoie.fr)

**UN MÉDECIN GÉRIATRE (H/F)** pour son service de SSR ou de médecine aiguë gériatrique en contrat à durée indéterminée (CDI) à temps plein (possibilité 80 %)

**Notre priorité : développer une filière gériatrique complète.**

Depuis plus de 50 ans, le Pôle Gériatrique Rennais (PGR) prend en charge des personnes du Grand Âge. Médecine aiguë gériatrique, SSR (polyvalent, spécialisés), hospitalisation de jour, USLD, EHPAD... notre équipe médicale développe ses expertises et accompagnements au plus près des besoins de nos patients et résidents.

Rejoindre le Pôle Gériatrique Rennais **c'est intégrer une équipe médicale composée de 21 médecins** : généralistes, gériatres, MPR, cardiologues, angiologue, neurologue...

Rejoindre le Pôle Gériatrique Rennais, **c'est bénéficier d'une convention collective attractive.**

Rejoindre le Pôle Gériatrique Rennais, **c'est intégrer un groupe national à but non commercial.**

Rejoindre le PGR, **c'est intégrer un établissement dynamique du territoire, porteur de projets** :

création de lits SSR Alzheimer, SSR de réautonomisation rapide, SSR post-COVID, Unité Cognitive Comportementale, Consultation mémoire, Labellisation Hôpital de Proximité.

*Rejoignez-nous !*

**Merci d'adresser votre candidature par courrier à :**

Pôle Gériatrique Rennais - Pôle Ressources Humaines - 100/102, avenue André Bonnin - CS 27448 - 35135 CHANTEPIE  
Ou par mail à : [arh.rennes@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:arh.rennes@ugecam.assurance-maladie.fr)


**PRÉSENTATION  
DE L'ÉTABLISSEMENT**

Facile d'accès, l'hôpital est situé sur l'axe Rennes-Nantes, à 20 minutes de Rennes et à 1 heure de Nantes, dans une commune avec une croissance démographique dynamique, disposant de toutes les commodités (commerces, écoles, collèges, lycées, associations sportives et culturelles).

L'Hôpital de BAIN-DE-BRETAGNE fait partie de l'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve composée de 15 établissements sanitaires et médico-sociaux, employant un peu plus de 3 000 professionnels, et accompagnant les personnes les plus vulnérables dans un cadre de service public (plus d'information sur [www.hstsv.fr](http://www.hstsv.fr))

L'établissement est labellisé Hôpital de proximité et a donc pour mission de s'inscrire dans un projet collectif de territoire visant à apporter une réponse au plus près des besoins de santé de la population. Dans ce cadre, il a pour projet de développer de nouvelles activités, tournées vers la réponse aux besoins des populations de proximité.

**CANDIDATURES**

Merci d'adresser vos candidatures à l'adresse mail : [recrutement@bain.hstsv.fr](mailto:recrutement@bain.hstsv.fr)



Prendre soin, c'est d'abord créer un lien.

**VOTRE PROFIL**

**Médecin Généraliste** OU **Gérialtre**, vous aimez le travail en équipe et avez envie de rejoindre un établissement aux valeurs humaines fortes.


**VOS CONDITIONS D'EXERCICE**

- Poste basé dans un service de Médecin Polyvalente de 22 lits.
- CDI à temps complet ou temps partiel (un exercice mixte ville-hôpital est possible).
- Convention FEHAP.
- Participation aux astreintes médicales.
- Rattachement hiérarchique à la Directrice de l'hôpital.
- Accès à une communauté médicale à l'échelle du groupe (comité scientifique, comité médical et des soins, comité éthique) permettant le partage et l'engagement de projets innovants et de recherche.


**LA FONDATION  
GEORGES  
COULON,**

établissement privé solidaire adhérent à la FEHAP, intervient dans deux grands domaines de la santé publique : Le sanitaire et le médico-social. Elle regroupe 6 structures en Sarthe qui comptent plus de 700 lits et places, et près de 500 salariés.


**RENSEIGNEMENTS**

Après de la DRH : [recrutements@fondation-gcoulon.fr](mailto:recrutements@fondation-gcoulon.fr)

[www.fondation-gcoulon.fr](http://www.fondation-gcoulon.fr)

**Bon vivre en Sarthe, cadre de vie optimal à moins d'1 heure de Paris en TGV.**

**Facilité d'aide au logement dans le cadre d'un déménagement.**

**Elle souhaite renforcer son équipe médicale sur ses deux sites sanitaires :**

● Un poste de **médecin généraliste ou gériatre en SSR** sur le **SITE DU MANS**

● 2 postes de **médecin généraliste ou gériatre** sur le **SITE DU GRAND-LUCÉ**

*Cet établissement est reconnu hôpital de proximité et travaille en partenariat avec les établissements médico-sociaux du territoire ainsi que les professionnels libéraux. Il intègre des cabinets de médecins libéraux au sein de sa structure. L'un des postes à pourvoir propose une activité de médecin généraliste partagée entre une activité libérale et un temps partagé sur l'activité de médecine.*



Site du Mans



Site du Grand-Lucé, 30 minutes du Mans

**Le Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube**

Recrute dès que possible

**MÉDECIN  
GÉRIATRE**

**en contrat permanent à temps plein pour ses services d'EHPAD et d'USLD avec rémunération attractive.**

**Le CH de Bar-sur-Aube** est membre des Hôpitaux Champagne Sud (HCS), un groupement hospitalier rassemblant tous les établissements publics de santé de l'Aube et du Sézannais.

Il regroupe une offre de soins sanitaires et un EHPAD avec 8 lits de médecine, 22 lits de SSR, 30 lits d'USLD et 130 lits d'EHPAD.


**Description du poste :**

Ce poste offre une grande possibilité d'initiatives dans les projets de l'établissement.

**Missions principales** : Suivi médical des résidents et des patients, organisation des soins, formation des soignants, coordination avec les services de médecine et SSR, validation du PATHOS et du GIR et missions du médecin coordonnateur.

**Conditions du poste :**

Conditions de rémunération attractives / permanences le samedi matin.



Site internet : [www.ch-barsuraube.fr](http://www.ch-barsuraube.fr)

**Candidature  
détaillée à adresser à :**

Monsieur le Directeur Délégué du Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube  
2 rue Gaston Cheq - 10200 Bar-sur-Aube  
Mail : [bernard.mabileau@hcs-sante.fr](mailto:bernard.mabileau@hcs-sante.fr)

**Renseignements :**

Dr Fanny PENASSE, Présidente de CME  
Mail : [fanny.penasse-stricker@hcs-sante.fr](mailto:fanny.penasse-stricker@hcs-sante.fr)



## CHERCHE

## MÉDECIN GÉRIATRE

Pour renforcer une équipe déjà constituée de 2 temps pleins gériatres, 1 médecin attaché gériatre temps plein, 1 médecin généraliste 20% et 1 médecin interniste consultant 40%.

L'hôpital regroupe les activités de MCO et de PSYCHIATRIE (156 lits et 42 places en MCO, 147 lits et 161 places en psychiatrie) 20 000 passages aux urgences par an. Plateau technique complet avec scanner et IRM. Services de spécialités (cardiologie, gastro-entérologie, oncologie, chirurgie orthopédique et viscérale, gynécologie-obstétrique, réanimation, Urgences-Samu-Smur, équipe mobile de gériatrie, consultations mémoire, Équipe territoriale de soins palliatifs).



**Le Centre Hospitalier de Digne-les-Bains,** station thermale, chef-lieu du département des Alpes-de-Haute-Provence, hôpital support du GHT 04, implanté sur un bassin de 160.000 habitants

### ◆ Statut

Praticien hospitalier, praticien contractuel ou assistant spécialiste - Possibilité d'évolution des contrats en fonction des objectifs des candidats vers statut de PH. Salaire à négocier selon ancienneté - Possibilité de prime multi-sites et de prime d'engagement dans la carrière hospitalière (20 000 Euro). Participation à la PDS de médecine sous forme d'astreintes opérationnelles forfaitisées.

### ◆ Activités

Intra-hospitalière en service de gériatrie aiguë 24 lits agréé pour les internes de spécialité ; hôpital de jour gériatrique 2 lits ; consultations de gériatrie. Possibilité d'activité extra-hospitalière sur un EHPAD 70 lits géré par l'hôpital dans un village à 20 km (activité de médecin coordonnateur, consultations déportées sur le village). Activité (unique ou multiple) à définir en équipe ; hôpital de jour à consolider ; possibilité d'extension de la capacité du service de gériatrie aiguë.

### ◆ Conditions

Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecin et être inscrit à l'Ordre.

### ◆ Atouts locaux

Établissement à taille humaine, dans un cadre verdoyant, ensoleillement maximum et pureté de l'air, à 1 h d'Aix-en-Provence, 1h30 de Marseille et 40 minutes des stations de ski des Alpes du Sud.

## Contacts

Dr Brigitte RAFFY, Chef de service

☎ 04 92 30 16 47 ✉ [braffy@ch-digne.fr](mailto:braffy@ch-digne.fr) ou Dr Sandrine LAMBERT

☎ 04 92 30 16 48 ✉ [slambert@ch-digne.fr](mailto:slambert@ch-digne.fr)

Claire AILLOUD, Directrice des Affaires Médicales du GHT04

☎ 04 92 73 42 10 ✉ [ailloud.c@ch-manosque.fr](mailto:ailloud.c@ch-manosque.fr) et

Christophe CROUZEVALLE, Directeur délégué GHT04 Nord

☎ 04 92 30 12 88 ✉ [ccrouzevalle@ch-digne.fr](mailto:ccrouzevalle@ch-digne.fr)



**INSTITUT MÉDICALISÉ DE MAR VIVO**  
Soins de suite et de réadaptation



### CONTACT

Stéphane DEUTSCH, Directeur  
[sdeutsch.imm83@lna-sante.com](mailto:sdeutsch.imm83@lna-sante.com) - 04 94 11 12 22

**PÔLE SPÉCIALISÉ en GÉRIATRIE (240 lits)**  
**SSR – USLD - EHPAD – EHPAD HORS LES MURS**  
**dans le Var en front de mer**

RECRUTE POUR RENFORCER SES ÉQUIPES

- **1 Médecin Gériatre** à temps plein contrat salarié  
Poste à pourvoir sur une unité de SSR gériatrique.
- **1 Médecin Gériatre** à 20 % poste contrat salarié  
Poste à pourvoir sur le dispositif EHPAD Hors les Murs.

## LE CENTRE HOSPITALIER D'AUBAGNE,

situé dans le département des Bouches-du-Rhône, à 15 km de Marseille, et desservi par les transports en commun, a une capacité de 380 lits. Soucieux d'adapter son offre de soins aux besoins du territoire et doté d'une filière gériatrique complète et performante (court séjour - SSR - HDJ - EHPAD - USLD - consultation mémoire), l'établissement recherche, afin de compléter ses équipes médicales :



## Un Médecin

temps plein  
pour son Équipe Mobile Gériatrique  
intra et extra-hospitalière.

### MISSIONS

- Activité sur le secteur sanitaire.
- Poursuivre les liens avec les professionnels du domicile.
- L'EMEG intervient dans la prise en charge à domicile des personnes âgées polypathologiques isolées ou avec une situation socio-environnementale instable, voire en rupture de soins.
- L'EMEG intervient également dans les EHPAD pour des avis diagnostiques et ou thérapeutiques.
- L'EMEG intervient au sein de l'hôpital d'Aubagne dans les différents services de l'hôpital (chirurgie, médecine polyvalente, urgences ...).



### PROFIL ET COMPÉTENCES REQUIS

- Diplôme de Docteur en Médecine.
- Diplôme complémentaire en gériatrie (capacité ou DU).
- Inscription à l'Ordre des Médecins.

Le pôle gériatrique de l'hôpital d'Aubagne est un pôle dynamique avec de jeunes médecins motivés et porteurs de projets.

### PERSONNE À CONTACTER

Dr Margaux Vieillard, Cheffe du Pôle de Gérontologie ☎ [secrétariat 04-42-84-71-16](tel:04-42-84-71-16) ✉ [margaux.vieillard@ch-aubagne.fr](mailto:margaux.vieillard@ch-aubagne.fr)

# Les Hôpitaux du Jura

## RECRUTENT :



### Gériatre et/ou Médecin polyvalent, Court séjour gériatrique et SSR Polyvalent et gériatrique Sur le Centre Hospitalier site de *Lons-le-Saunier*

Dans la ville préfecture du Jura, 970 lits et places répartis sur 5 sites.

Établissement de référence sur le territoire, nous vous proposons une offre de soins complète : Chirurgie en orthopédie - traumatologie - digestif et viscéral, urologie, vasculaire, ORL et spécialités médicales : cardiologie, pneumologie, rhumatologie, diabétologie, hépato-gastro-entérologie, endocrinologie, néphrologie, oncologie, médecine interne, neurologie, gynécologie obstétrique (Maternité niveau 2B labellisée « Amie des bébés »), pédiatrie, néonatalogie, gériatrie, addictologie, anesthésie-réanimation avec blocs opératoires, urgences, Imagerie (1 IRM, 2 scanners), laboratoire, pharmacie.

L'établissement recherche un médecin polyvalent et/ou gériatre pour renforcer l'équipe médicale de 13 praticiens du pôle gériatrique multi-site des hôpitaux du Jura.

Venez rejoindre les équipes médicales actuelles, dynamiques, au sein d'une unité de 32 lits de court séjour gériatrique (5 lits d'Unité Péri opératoire Gériatrique), et de 3 unités de soins de 20 lits, à orientation polyvalente et gériatrique.

Possibilité d'activité mixte ou alternée au sein d'une unité de court séjour et de SSR.

#### Activités complémentaires si formation :

- Consultations mémoire, gériatrique, chute.
- Équipe mobile de gériatrie intra et ou extrahospitalière.

#### Aptitudes requises :

Sens du relationnel et travail en équipe. Organisation et rigueur. Dynamisme et réactivité. Adaptabilité et assiduité. Maîtrise de l'outil informatique et des logiciels.



En toute saison, le territoire du Jura est propice à s'épanouir dans un cadre de vie riche et diversifié que l'environnement du centre hospitalier du Jura permet aussi de confirmer. N'hésitez pas à venir le constater par vous même.



#### POSTE À POURVOIR

Praticien inscrit à l'Ordre des Médecins, formations en gériatrie souhaitées.

**Statut :** PH ou sous contrat.

**Quotité de travail :** 100 %.

Horaires de journée, participation à la permanence des soins.

#### LES CANDIDATURES (Lettre de motivation + CV) sont à adresser par courrier à :

Direction des Ressources Humaines Centre Hospitalier Jura Sud  
55 rue du Docteur Jean Michel - CS 50364 - 39016 LONS-LE-SAUNIER Cedex

Ou par mail à :  
recrutement.chjs@hopitaux-jura.fr

## RECRUTENT

### Un Médecin Gériatre (H/F)

au sein du **Service de Court Séjour Gériatrique du Site Saint-Clair à Sète.**

Service de 29 lits découpé en 3 secteurs : 1 senior + 1 interne par secteur.

Accueil des personnes âgées présentant des pathologies aiguës ou en décompensation de pathologies chroniques.

Agréé pour l'accueil des Internes.

Plateau technique complet sur site.

### Un Médecin Coordonnateur (H/F)

au sein de l'**EHPAD Claude Goudet à Marseillan** (25 min de Sète -

45 min de Montpellier).

EHPAD Marseillan 92 lits / Accueil Jour 10 places / PASA.

#### Une candidature ?

Déposez votre CV et votre lettre de motivation à l'adresse  
secdrham@ch-bassindethau.fr



## LES HÔPITAUX DU BASSIN DE THAU

#### Les atouts des Hôpitaux du Bassin de Thau :

- **À l'écoute de votre projet professionnel :** Possibilité de poste à temps plein ou à temps partiel, poste mixte (partage CSG hospit. complète / consultations, EHPAD / consultations, autres activités hospitalières ou de consultations au sein des HBT...), poste partagé avec le secteur public ou privé (libéral ou salarié).
- **Attentifs à vos souhaits de formation :** Prise en charge des inscriptions, des frais de déplacement qu'il s'agisse de congrès, de formation classique (DPC ou pas), de DU ou DIU.
- **Accès à la recherche clinique,** selon vos aspirations, grâce à notre partenariat privilégié avec le CHU de Montpellier (les HBT font partie du GHT Est-Hérault Sud-Aveyron).
- **Une filière gériatrique complète,** dynamique et porteuse de projets ambitieux permettant de répondre aux besoins de la population du Bassin de Thau (agrandissement du CSG, reconstruction EHPAD/USLD Pergolines, projet HDJ SSR...).

#### Des questions ?

Contactez Dr Laure SORITEAU,  
Cheffe Pôle Gériatrie  
et Soins de Suite  
Tél. : 04 67 46 50 60  
Mail : Isoriteau@ch-bassindethau.fr



## LE CENTRE HOSPITALIER DE ROCHEFORT RECRUTE

### PROFIL RECHERCHÉ

Médecin gériatre ou généraliste inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins français.

### STATUT DE RECRUTEMENT

Rémunération statutaire.

Quotité de temps : 100%.

Recrutement sous statut contractuel avec possibilité de titularisation.

Possibilité de logement temporaire en début d'exercice.

### PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Membre du Groupement Hospitalier de Territoire Atlantique 17, le CH de Rochefort offre un cadre de vie très agréable, en bord de mer avec une qualité de vie remarquable.

Situé à 30 minutes de La Rochelle (avec des trajets faciles au quotidien et la possibilité d'y habiter), à 1h30 de Bordeaux, Nantes et Poitiers, l'hôpital de Rochefort est un hôpital récent très facile d'accès en sortie de départementale D137, avec une activité très diversifiée (1200 accouchements par an, néonatalogie, 40.000 passages aux urgences par an, 1 unité de surveillance continue, chirurgies spécialisées (dont chirurgie bariatrique), plateau d'explorations fonctionnelles...).

### LES CANDIDATURES SONT À ADRESSER À

M. Fabien CHANABAS, Directeur des ressources  
et de l'attractivité médicale de territoire  
fabien.chanabas@ght-atlantique17.fr  
05 46 45 50 87

## Un Médecin Gériatre

temps plein pour son service  
de Médecine Aigüe Gériatrique.

Poste à pourvoir à compter de novembre 2022.

### PRÉSENTATION DU SERVICE

Le service de médecine aigüe gériatrique compte 26 lits, et travaille en partenariat avec le reste du territoire (dont le CH de La Rochelle).

La permanence des soins est gérée par l'astreinte de médecine (regroupant médecine aigüe gériatrique, médecine polyvalente et médecine interne hématologie).

**CONTACT :** Dr Sébastien JARDRY,  
sebastien.jardry@ght-atlantique17.fr

## Un Médecin Gériatre

temps plein pour son Pôle de Gérontologie.

Poste à pourvoir en janvier 2023 (recrutement anticipé possible dès novembre 2022).

### PRÉSENTATION DU PÔLE

#### Le pôle comporte :

Un service de Médecine Gériatrique Spécialisée Alzheimer de 15 lits.

Un service de Soins de Suite et de Réadaptation de 55 lits + 5 places d'État Végétatif Chronique dont une partie labellisée gériatrique.

Un HDJ de 5 places d'évaluation gériatrique.

Une Unité de Soins de Longue Durée de 50 lits.

Un EHPAD de 96 lits.

Des consultations mémoire.

#### Le pôle possède des missions extérieures :

Participation aux consultations mémoire de La Rochelle,

Organisation des hôpitaux de jour sur Marennes et Oléron.

Coordination de l'EHPAD d'Aigrefeuille, EHPAD publique autonome à 20 kilomètres de Rochefort.

Participation à la coordination de l'EHPAD de Surgères, EHPAD publique en direction

commune avec l'hôpital à 28 kilomètres de Rochefort.

**CONTACT :** Dr Sylvie YVONNET, Chef de pôle et responsable de l'HDJ  
sylvie.yvonne@ght-atlantique17.fr



## LE CH DE BLAYE,

situé en Gironde (33), à 50km de Bordeaux,

### recherche

## UN MÉDECIN GÉRIATRE

pour compléter son équipe du pôle  
gériatrie dans le cadre de la création  
d'une nouvelle activité de SSR  
gériatrique.

### DESSCRIPTIF DU SERVICE ET DES MISSIONS

- Création d'un SSR gériatrique de 12 lits et de 2 places d'hôpital de jour : médecin référent du service.
  - Participation à l'activité de la consultation mémoire avec l'équipe de gériatres.
  - Participation aux astreintes médicales du pôle gériatrie (EHPAD et filière gériatrique du CH).
- Présence d'un secteur de 5 lits identifiés de soins palliatifs : le médecin gériatre assurera le remplacement du médecin responsable des LISP durant ses congés annuels.

### PROFIL

- Médecin titulaire de la capacité ou du DESC de Gériatrie.
- DU soins palliatifs ou soins d'accompagnement souhaité.

**POSTE À POURVOIR :** 1<sup>er</sup> janvier 2023.

### STATUT

Médecin gériatre inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins en France.

Praticien hospitalier contractuel temps plein (nouveau statut de praticien contractuel) ou titulaire.

### RENSEIGNEMENT

Docteur Alain MASSIOT, Médecin Gériatre  
05 57 33 41 96 - a.massiot@chblaye.fr



[www.chblaye.fr/](http://www.chblaye.fr/)



### CANDIDATURE

Karine ROUAUD, Responsable des affaires médicales  
05 57 33 45 35 - k.rouaud@chblaye.fr



## Le Centre Hospitalier Gérontologique, un Établissement Public de Santé

C'est la plus importante des structures de prise en charge des personnes âgées de l'archipel guadeloupéen.

Sa capacité : 245 lits EHPAD/USLD et 20 lits pour l'HAD.

### RECHERCHE

## Un Médecin Gériatre à temps plein (1 ETP)

Équipe paramédicale pluriprofessionnelle.

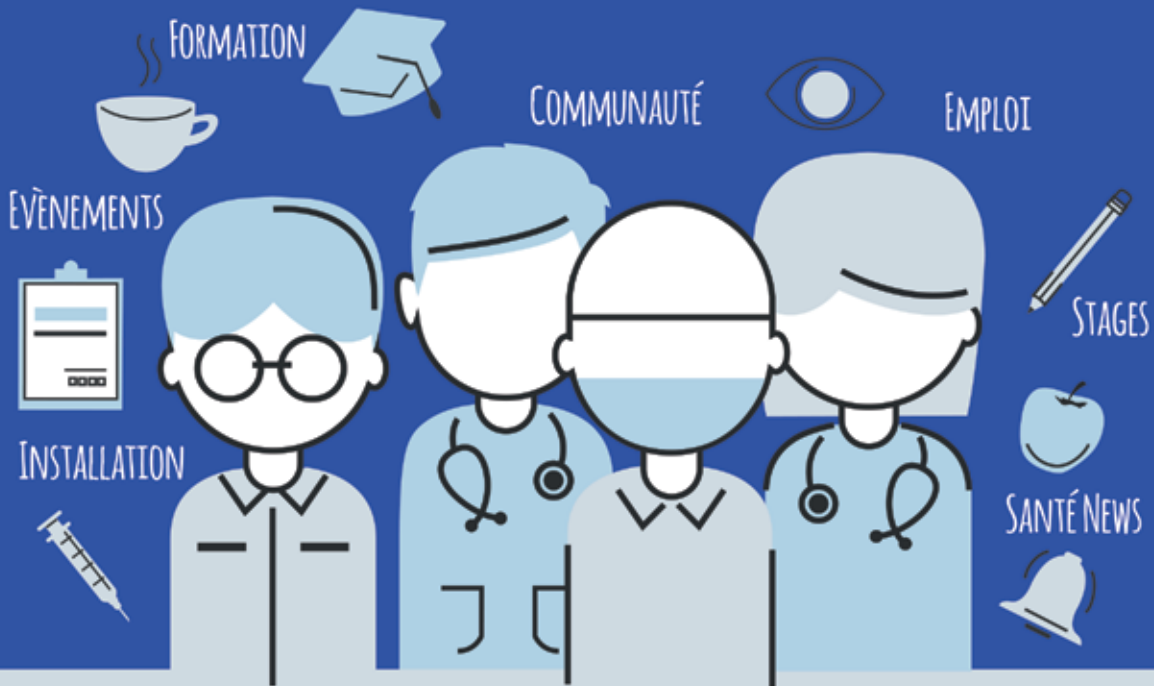
Rémunération supérieure à celle de la convention collective de la FPH, à débattre.



Les Candidatures accompagnées d'un Curriculum Vitae sont à adresser à :

Monsieur le Directeur Youri BANGOU  
Centre Hospitalier Gérontologique - B.P. 481 - 97139 ABYMES  
contact@chgeront-gpe.fr - 0590 477 007





# RÉSEAU PRO SANTÉ

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ  
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR [WWW.RESEAUPROSANTE.FR](http://WWW.RESEAUPROSANTE.FR)  
INSCRIPTION GRATUITE

**resah.idf**  
Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile-de-France

**pôle emploi**

**UniHA**

**FEHAP**  
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE  
PRIVÉS NON LUCRATIFS

☎ 01 53 09 90 05    ✉ [CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR](mailto:CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR)

[www.reseauprosante.fr](http://www.reseauprosante.fr) est un site Internet certifié HONcode



VIVRE, TRAVAILLER  
À PROXIMITÉ DE LA MER,  
DE LA MONTAGNE,  
EN MILIEU URBAIN  
OU RURAL



# NOUS RECRUTONS DES MÉDECINS COORDONNATEURS POUR NOS EHPAD

**REJOIGNEZ un acteur associatif proche et accessible, créateur de solutions, d'accompagnement des personnes fragilisées et de leurs aidants tout au long de leur itinéraire de vie.**

**ENSEMBLE, PORTONS** des projets au service du **BIEN VIEILLIR** / bien-être de nos résidents : PASA, PASA de nuit, UHR, approches non médicamenteuses, développement de programmes de prévention, télésanté.

**NOS ENGAGEMENTS** à vos côtés : **des temps de présence flexibles** du Lundi au Vendredi  
**Aide au logement**

## CONTACT

Tél. : 06 80 26 80 80  
carole.daoud@itinova.org