

TNCM ET TPC (OU SPC)

- Trouble Neuro-Cognitif Majeur (TNCM) = Démence (DSMV - 2015)
- Plusieurs types : maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, démence à corps de Lewy, démence fronto-temporale, pathologie mixte...
- Evolution des troubles cognitifs différente selon la pathologie neuro-dégénérative incriminée
- Troubles psycho-comportementaux (TPC) dans les pathologies neuro-dégénératives fréquents, y compris dans les formes mineures des troubles cognitifs
- TPC différents selon le type et la durée d'évolution du TNCM
- Dernières recommandations HAS : 2009 => recommandations à venir très prochainement (travail commun SFGG, FCM, SF3PA)

CAS CLINIQUE (1)

- Louise, 86 ans.
- Antécédents : HTA depuis plus de 30 ans sous bithérapie bien équilibrée, DT2 depuis 20 ans sous ADO bien équilibré, gonarthrose bilatérale peu invalidante, PTH bilatérale, cataracte opérée.
- TTT : RAMIPRIL 2.5 mg/j, AMLODIPINE 5 mg/j, METFORMINE 850 mg x 2/j, PARACETAMOL si besoin
- Vit avec son époux, 3 enfants dont 1 fille à proximité en activité professionnelle. Agricultrice retraitée. Ne conduit plus depuis plusieurs années, courses avec le conjoint, fait la cuisine. Aide-ménagère 2h/semaine.

CAS CLINIQUE (2)

- Tableau de syndrome dépressif : mise sous ESCITALOPRAM, peu efficace.
- Troubles attentionnels de plus en plus marqués, fluences en baisse.
- Episodes d'irritabilité nouveaux, inhabituels.

=> Diagnostic après consultation mémoire de troubles neuro-cognitifs majeurs (TNC) type maladie d'Alzheimer, à composante vasculaire (IRM cérébrale retrouvant une leucopathie vasculaire, quelques lacunes au niveau frontal de façon bilatéral).

=> Consultation d'annonce faite

- proposition de stimulation cognitive au domicile via l'ESA
- proposition de mise en place d'un passage IDE pour gestion hebdomadaire du pilulier : déclinée
- information sur le soutien aux aidants via les associations de patients (FAPA) et via l'éducation thérapeutique (HDJ CJV)

LE DIAGNOSTIC EST POSÉ... LES PROBLÈMES COMMENCENT !

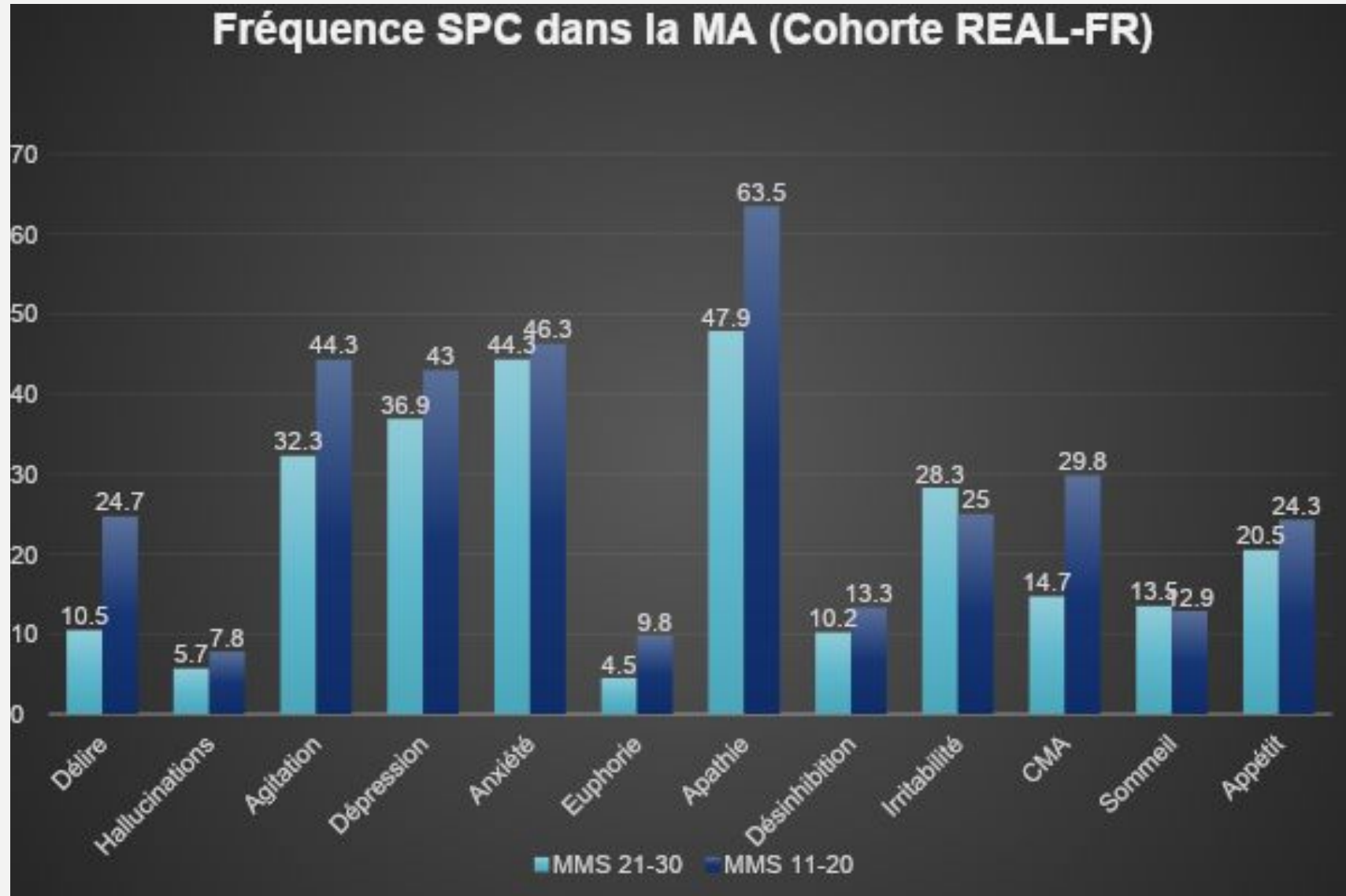
- Selon le stade de la pathologie, 90% des patients atteints de TNCM développeront des SPC (ou TPC) au cours de la maladie
 - Nécessité d'anticiper et prévenir les SPC :
 - Identifier les facteurs de risque : environnement (isolement, fragilité du conjoint, conjugopathie...), comorbidités notamment psychiatriques, iatrogénie médicamenteuse, troubles sensoriels
 - Identifier les prodromes de ses SPC, grâce aux aidants
- => PEC précoce : éducation des aidants (soutien individuel ou séances d'éducation thérapeutique en groupe) et formation des professionnels, adaptation de l'environnement (conduite, logement...)
- => recherche et évaluation systématique des FDR et prodromes, y compris dans les stades légers

RAPPEL SUR LES SPC

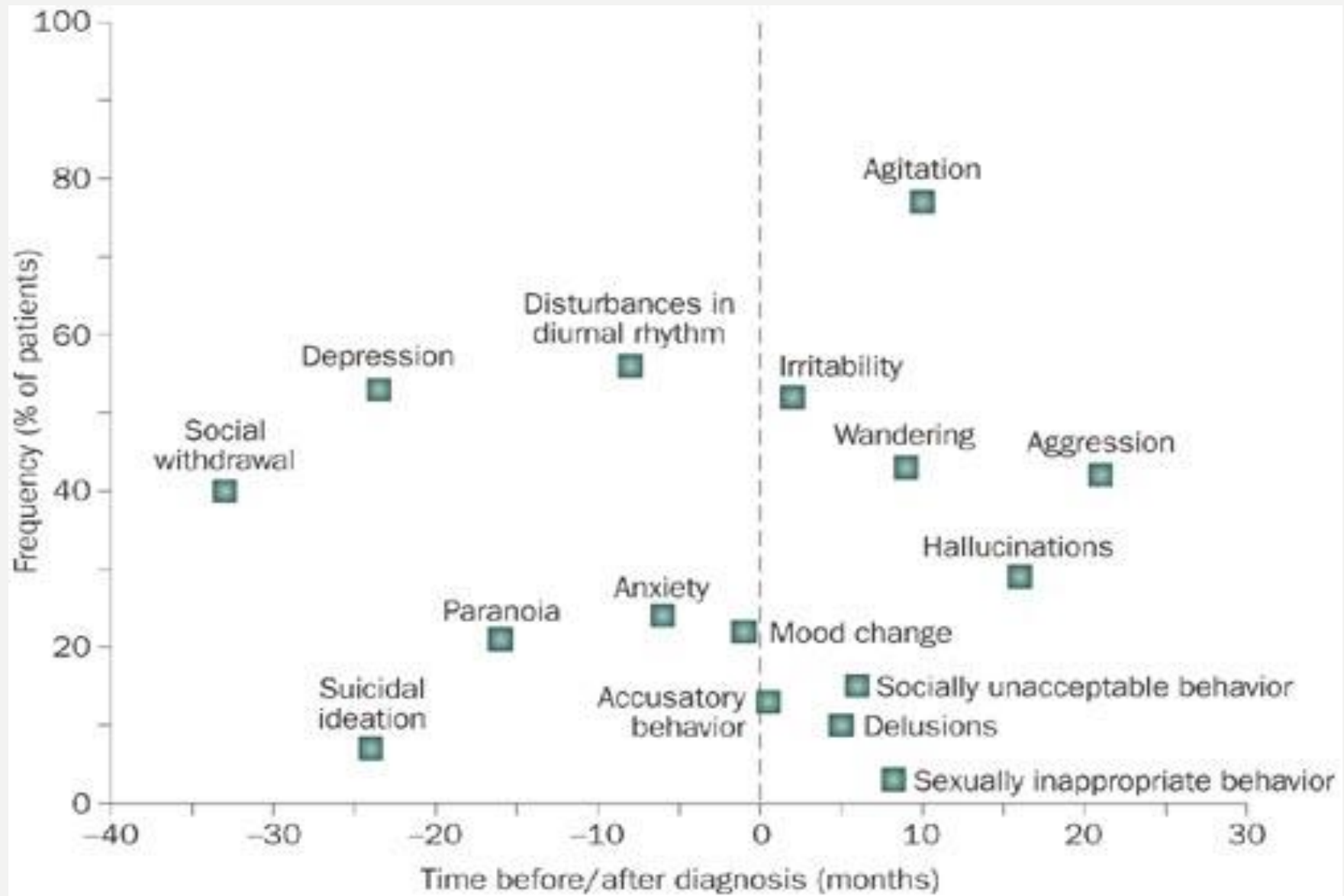
- Classification :

Affectifs/Emotionnels	Psychotiques	Comportementaux	Troubles des conduites élémentaires
Dépression	Délire	Agitation	Troubles du sommeil
Anxiété	Hallucinations	Désinhibition	Troubles de l'appétit
Apathie		Comportements moteurs aberrants	Stéréotypies verbales
			Comportements sexuels inappropriés

- SPC plus précoces et plus sévères ou invalidants dans les DFT et les DCL
- Apathie, dépression et anxiété = symptômes fréquents des stades débutants de MA
- Evaluation : échelle NPI – fastidieuse mais exhaustive ; échelle EPADE, Cohen



Benoit et al
Presse Médicale, 2003



INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

Nom: _____ Age: _____ Date de l'évaluation: _____

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient.

NA = question inadéquate (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 10					[]	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 12					[]	

GRANDS AXES DE PEC DES SPC

- Approche non pharmacologique (= intervention non médicamenteuse « INM ») en première intention -> objectif d'apaisement, activité de distraction
- Manque de personnel, de formation, de temps : prescriptions de psychotropes souvent en première ligne
- PEC pharmacologique adaptée aux symptômes, à l'histoire de vie, aux comorbidités
- Projet de soins axé sur la personne dans sa globalité (et non sur ses symptômes), quelque soit le lieu de vie

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE (INM) DES SPC

- Thérapie adaptée au patient ++
- Association de méthodes sensorielles, distractives et comportementales
 - Education des aidants (familiaux et professionnels)
 - Musicothérapie
 - Stimulation multi-sensorielle (Snoezelen), y compris aromathérapie, dans les stades modérés à sévères (surtout en EHPAD)
 - Activité physique adaptée, régulière et individualisée
- Niveaux de preuve bas dans les études, mais consensus d'experts favorables (« qui ne tente rien... »)

INM : VASTES PROGRAMMES

- Art-thérapie
- Activité physique adaptée (APA)
- Musicothérapie
- Stimulation cognitive
- Médiation animale
- Hortithérapie
- Danse
- Réhabilitation cognitive
- Réminiscence
- Stimulation multi-sensorielle (Snoezelen)

Leur indication dépend :
- des symptômes et du stade de la pathologie
- de l'histoire de vie et du choix du patient

CAS CLINIQUE (3)

- Louise fait régulièrement appel à ses enfants, y compris la nuit, lorsqu'elle s'estime en difficulté. Son époux n'arrive plus à la rassurer, il a chuté une nuit en essayant de la rassurer. Les troubles du sommeil sont manifestes, avec une anxiété vespérale marquée.
- Les oublis médicamenteux sont fréquents (HbA1c en franche hausse), les repas sont de moins en moins élaborés.
- Louise ne veut pas retourner consulter le gériatre, annonciateur de mauvaises nouvelles.
- Que proposez-vous?

- Tout le monde en EHPAD
- Appel EMGED pour évaluation de la situation au domicile
- Switch du traitement antidépresseur pour une molécule hypnotisante
- Hospitalisation

- **Tout le monde en EHPAD**
- Appel EMGED (Equipe Mobile de Gériatrie au Domicile) pour évaluation de la situation au domicile : permet une évaluation in situ du couple, possible passage combiné avec EMGP (Equipe Mobile de Géro-nto-Psychiatrie)
- Switch du traitement antidépresseur pour une molécule hypnotisante – oui mais pas que...
- **Hospitalisation**

ANXIÉTÉ-DÉPRESSION



- INM
 - Combinaison ++
 - Plus efficace que le ttt médicamenteux seul
 - Musicothérapie (même cas légers)/luminothérapie (? – efficace en EHPAD) /médiation animale (stade modéré à sévère)/stimulation cognitive/poupées empathiques (stade modéré à sévère)
- IM :
 - Antidépresseurs : ISRS toujours mais pas que
 - Molécule choisie dépend de l'effet attendu (stimulant ou sédatif, action anxiolytique ou non)
 - Citalopram (Escitalopram) : solution buvable et injectable SC ; Sertraline ; Vortioxétine ; Mirtazapine (Miansérine) : prise vespérale – orodispersible
 - la Paroxétine ferait moins bien que les autres ISRS, avec plus d'effets anticholinergiques de surcroît
 - 2 à 4 semaines de délai d'efficacité ; prescription pour 3 mois (dose minimale efficace) ; arrêt progressif ; majoration sur 5 à 10 jours
 - Trazodone en ATU
 - Benzodiazépines notamment pour l'anxiété vespérale (Clotiazepam, Alprazolam, Oxazépam ou Lorazépam), sinon Prégabaline petite dose (moins de risque de chute)

TROUBLES DU SOMMEIL



- INM :
 - aromathérapie : endormissement
 - luminothérapie : qualité et durée du sommeil
 - massothérapie
 - musicothérapie
 - Tai chi - associé avec activité physique diurne et luminothérapie : diminution des éveils
- IM si risque d'inversion de rythme : MELATONINE 2 mg 1 à 2 heures avant le coucher – non remboursé ; augmentation progressive jusqu'à 6 mg

CAS CLINIQUE (4)

- Après inscription en accueil de jour, mise en place d'une IDE et du portage des repas, la situation se stabilise un temps. La pathologie cognitive de Louise évolue progressivement, et Louise devient parfois agressive, avec des propos délirants (idées de persécution, thématique de spoliation). Elle devient parfois violente, et de temps à autre vulgaire. Son mari est épuisé.
- Que faire?

- Tout le monde en EHPAD
- Appel EMGED pour évaluation de la situation au domicile
- Combinaison de mesures médicamenteuses et non médicamenteuses
- Hospitalisation

- Tout le monde en EHPAD
- Appel EMGED pour évaluation de la situation au domicile
- Combinaison de mesures médicamenteuses et non médicamenteuses
- Hospitalisation

AGITATION - AGRESSIVITÉ



- INM

- Un des TPCD où les INM sont les plus efficaces, mais effet inconstant, modeste, ponctuel
- Formation des aidants primordiale : nécessité de promouvoir les ateliers d'ETP, les ateliers d'information réalisées par les associations de patients
- Musicothérapie, aromathérapie, ergothérapie (actions sur l'environnement)
- Activité physique controversée, médiation animale efficace en structure

- IM : antipsychotiques atypiques

- Efficacité relative sur l'agitation dans la littérature, pas de supériorité statistique d'un NLP par rapport à l'autre (Aripiprazole ? non significatif)
- Prescription à pondérer selon l'effet recherché, le degré d'urgence (demi-vie) et le profil de tolérance individuel (fonction rénale, QT long préalable, syndrome extra-pyramidal...)
- Pour tous : 2-4 semaines avant changement de posologie, sevrage progressif sur plusieurs semaines

	Risperidone	Olanzapine	Aripiprazole	Quetiapine
Mécanisme	Blocage D2, 2A, antagoniste 5-HT	Blocage D2, 2A	Agoniste partiel D2, 5-HT1	Blocage D2, 2A, antagoniste 5-HT 1
Modalités de prescription				
Posologie	0,25 – 2 mg	5 – 10 mg	2-15 mg	50-300 mg
Palier	0,25-0,5 mg/5 jours	2,5 mg/10 jours	5 mg/semaine	50 mg/3 jours
Galénique	Comprimé, Orodispersible, Buvable	Comprimé, Orodispersible	Comprimé, Orodispersible, Buvable	Comprimé LP
½ vie	24h	54h	75h	12h
Pic plasmatique	1-2 h	5-8 h	3-5 h	6h
Insuffisance rénale	Prudence stade modéré à sévère	Prudence stade modéré à sévère	Pas d'adaptation	Pas d'adaptation
Effets secondaires				
Extrapyramidal	+++	++	+	+
QT long	++	+	+/-	+
HTO	++	++	+/-	++
Sédation	+	+	+	+++
Anticholinergique	+	++	+/-	++
Akathisie	+	+	++	+

DÉSINHIBITION



- Pas d'études de haut niveau de preuve
- Formation des aidants ++
- INM : thérapies distractives (musicothérapie, activité physique...)
- IM :
 - ISRS type Paroxétine en première intention
 - pour la déshinibition sexuelle : si échec ISRS, anti-androgènes en 2^{ème} ligne puis antipsychotiques en 3^{ème} ligne

CAS CLINIQUE (5)

- Louise est entrée en EHPAD avec son époux depuis quelques mois. Depuis la mise sous ARIPIPRAZOLE, elle n'est plus agressive. Par contre elle passe ses journées à déambuler à l'unité protégée, jusqu'à épuisement, elle a d'ailleurs chuté plusieurs fois.
- Que peut-on proposer ?

- Tout le monde en EHPAD
- Hospitalisation
- Mesures occupationnelles
- Médiation animale

- Tout le monde en EHPAD : pour voir si vous suivez
- Hospitalisation
- Mesures occupationnelles
- Médiation animale

COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT/ DÉAMBULATION



- Activité personnalisée ++, simple et répétitive
- Médiation animale
- Thérapies distractives (APA, musicothérapie, hortithérapie, art-thérapie...) ou sensorielles (aromathérapie, massage)
- Utilisation de poupées empathiques

- Eliminer cause médicamenteuse
- Action sur environnement
- Peu d'études

CAS CLINIQUE (6)

- La belle-sœur de Louise, Marthe, 82 ans, présente elle aussi une pathologie neuro-cognitive majeure, de type démence fronto-temporale. Elle est dans ce cadre complètement apathique, passe sa journée au fauteuil devant la télévision, sans qu'il n'y ait de trouble de l'humeur pour autant, pas de perte d'appétit ni de trouble du sommeil. Elle finit par perdre toute interaction sociale, excepté avec ses enfants qui se relaient au domicile.
- Elle a comme antécédents une DMLA peu évoluée, une ostéoporose.

APATHIE



- Diagnostic différentiel avec la dépression difficile...
- INM : multimodale
 - musicothérapie ++, notamment au stade sévère
 - activité physique
 - chant
 - place de la rTMS ? (neurostimulation transcrânienne)
- IM :
 - méthyl-phénidate 5 mg matin et soir puis dose x 2 au bout de 2 semaines (dose max), délai d'efficacité 4 semaines, pour 6 mois minimum
 - anti-dépresseur ou antipsychotiques délétères

MAIS ENCORE ?

- INM du futur :
 - Nouvelles technologies ?
 - Apport psychothérapeutiques dans les stades précoces : EMDR (sommeil++), hypnose, TCC
 - THC non significatif
- IM :
 - Place des anti-cholinestérasiques et des inhibiteurs NMDA ? – déremboursés en France depuis 2019 (Rivastigmine efficace dans la DCL sur les TPC, notamment les hallucinations et le sommeil)
 - Anti-épileptiques : Valproate, Carbamazépine, Lamotrigine, Gabapentine – non indiqués en théorie (faible bénéfice + effets secondaires), parfois en pratique (et selon historique du patient)

CAS CLINIQUE (7)

- Louise présente des hallucinations visuelles, tout en somnolant en journée entre 2 phases de déambulation précaire, depuis un épisode de gastro-entérite virale.
- L'examen clinique est rassurant, les paramètres hémodynamiques normaux, l'alimentation est difficile, mais Louise boit correctement.
- L'équipe de l'EHPAD est inquiète.
- Que faites-vous?

- Changement de psychotropes : switch de neuroleptiques
- Bilan biologique
- Arrêt de l'ARIPRAZOLE

- Changement de psychotropes : switch de neuroleptiques
- Bilan biologique
- Arrêt de l'ARIPRAZOLE : suspension envisageable

CAS CLINIQUE (8)

- Le bilan biologique est catastrophique : le DFG est à 28 ml/min, la natrémie à 152 mmol/l, la kaliémie limite 5.1 mmol/l.
- Toute idée de réhydratation efficace en IV ou SC est illusoire chez Louise.
- Que faites-vous ?

- Hospitalisation via les Urgences (toujours ouvert)
- Arrêt des néphrotoxiques
- Appel à la Hotline gériatrique pour hospitalisation rapide et discussion CAT avant l'hospitalisation
- Euuuh
- Pose d'une hydratation par NaCl 0.9% de principe en SC (1 litre sur 2 points d'injection différents), Louise ayant déjà arraché 3 voies IV

- Hospitalisation via les Urgences (toujours ouvert)
- Arrêt des néphrotoxiques
- Appel à la Hotline gériatrique pour hospitalisation rapide et discussion CAT avant l'hospitalisation
- Euuuh
- Pose d'une hydratation par NaCl 0.9% de principe en SC (1 litre sur 2 points d'injection différents), Louise ayant déjà arraché 3 voies IV

HOTLINE GÉRIATRIQUE (1)

- Dispositif de coordination ville-hopital
- Soutien aux professionnels de santé du secteur Béarn et Soule (territoire de recours des CH de Pau-Oloron-Orthez-Mauléon)
- Souhaité par l'ARS dans le cadre de la Mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences
- Buts :
 - 1) éviter tout passage non justifié des patients **polypathologiques** âgés de **75 ans et plus** aux Urgences
 - 2) intégrer les patients dans une filière de soins gériatriques



HOTLINE GÉRIATRIQUE (2)

- Ouverture effective depuis fin novembre 2023
- Fonctionnement pratique :
 - Binôme IDE et médecin
 - Ligne téléphonique de 9 à 19 h, du lundi au vendredi
 - Premier entretien de débrouillage par IDE : coordonnées, correspondants, antécédents principaux, motif d'appel, degré d'urgence
 - Recueil des éléments du dossier (examens complémentaires, courriers...)
 - Rappel rapide (modulé par le degré d'urgence) par le médecin Hotline pour propositions de PEC

HOTLINE GÉRIATRIQUE (3)

- Propositions de PEC
 - Organisation d'une hospitalisation en secteur gériatrique : Médecine, (SSR), HDJ
 - Aide à l'organisation d'une hospitalisation hors secteur gériatrique
 - Avis téléphonique
 - Proposition de consultation médecine/mémoire/téléconsultation
 - Aide à la prise en charge au domicile du patient avec les ressources du territoire (HAD, Equipes mobiles...)

Contexte

Pour la personne âgée, le passage aux urgences est souvent évitable et délétère.

Limiter son recours est donc pleinement bénéfique pour le patient comme pour les professionnels de santé.

Pour répondre à ce défi, le Centre Hospitalier de Pau a mis en place une **HOTLINE GÉRIATRIQUE.**

Réservé aux professionnels de santé, le numéro de la hotline gériatrique vous permet d'avoir un interlocuteur privilégié pour orienter au mieux votre patient.



BON À SAVOIR

Ce dispositif répond aux enjeux d'amélioration de la filière de soins gériatriques et au Pacte de Refondation des Urgences, portés par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).



Centre Hospitalier de Pau

📍 Centre Jean VIGNALOU
4, Boulevard Hauterive
64046 Pau Cedex

☎️ 05 59 82 53 78

✉️ hotline.geriatrique@ch-pau.mssante.fr



HOTLINE Gériatrique

Plateforme d'appels réservée aux professionnels de santé



☎️ 05 59 82 53 78

Ouverte du lundi au vendredi de 9h à 19h

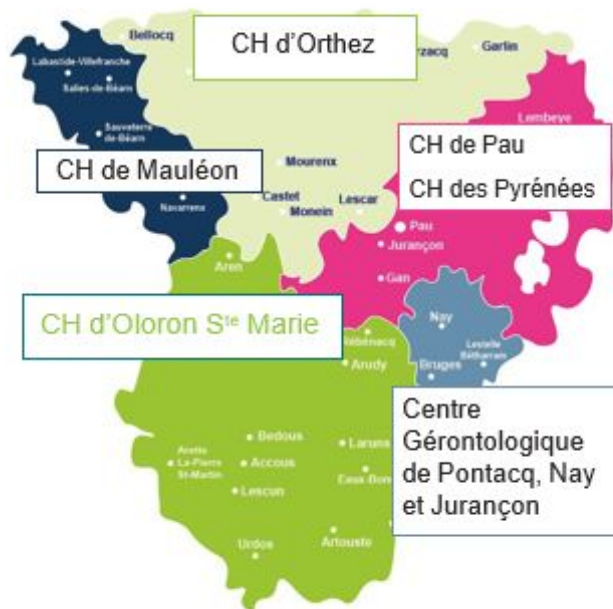
Centre Hospitalier de Pau

📍 Centre Jean VIGNALOU
4 Boulevard Hauterive 64 046 PAU Cedex
www.ch-pau.fr

Qui peut solliciter la HOTLINE GERIATRIQUE ?

Tous les professionnels de santé du territoire Béarn & Soule peuvent joindre la **HOTLINE GERIATRIQUE** et bénéficier d'un accompagnement et de conseils par téléphone.

- ▶ Médecins libéraux
- ▶ Médecins Coordonnateurs EHPAD
- ▶ SSIAD
- ▶ Cabinets d'infirmiers libéraux
- ▶ DAC-PTA 64
- ▶ Les HAD
- ▶ Le SAMU



Principes de fonctionnement

Vous pouvez solliciter la Hotline Gériatrique pour tout avis concernant un **patient âgé de 75 ans et plus, polypathologique** et qui est **domicilié sur le territoire**.



Après l'entretien téléphonique, plusieurs alternatives seront proposées :

- ▶ **Organisation d'une hospitalisation.**
- ▶ **Avis gériatrique par téléphone.**
- ▶ **Prise en charge au domicile du patient, en lien avec les ressources du territoire disponibles autour du patient.**
- ▶ **Proposition d'une consultation gériatrique, d'une consultation mémoire ou d'une téléconsultation.**

En cas d'urgence vitale, le patient sera orienté vers un service d'urgence, en passant par la régulation du SAMU.

Notre équipe

- ▶ **Médecin référent de la Hotline Gériatrique**
Dr Frédérique LENORMAND
- ▶ **Cadre de Santé Supérieur**
Mme Florence CANTON
- ▶ **2 Infirmières coordinatrices territoriales**
Mme Sophie FIGUERES
Mme Valérie VANDEWYNGAERDE





MERCI DE VOTRE ATTENTION

MERCI AU DR SANS ET AU PR SOTO-MARTIN

MERCI FRANCOISE, GILBERT, MICHÈLE, ISABELLE, ROBERT ET LES AUTRES...