

# Synthèse et retours sur les dernières recommandations sur la prise en soin des troubles psychocomportementaux dans les maladies neurodégénératives

Dr CAMIER Kenny et Dr LIMA Meily

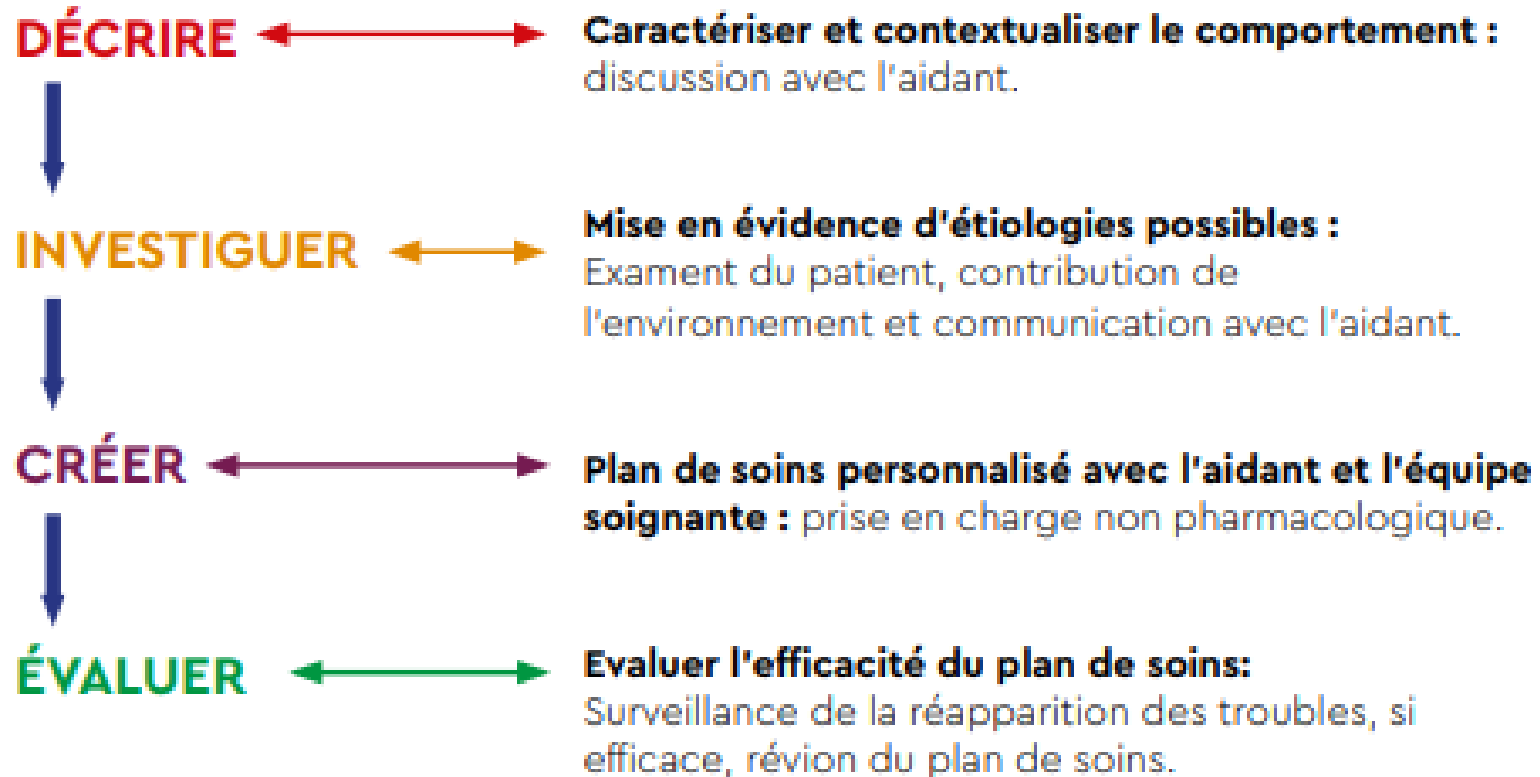


# INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES

- Il s'agit « d'interventions sur la qualité de vie, sur le langage sur la cognition, sur la stimulation sensorielle, sur l'activité motrice, sur les activités occupationnelles».
- Elles sont **centrées sur la communication, l'architecture et l'organisation des soins.**
- Elles visent à **réduire les troubles psycho-comportementaux.**
- Selon la NPI-S\*, une INM est une méthode de santé **référéncée**, efficace, non invasive, **personnalisée** et **encadrée par un professionnel qualifié.**

## APPROCHE DICE

### La démarche systématique : l'approche DICE et HAS 2009



# INM: FORMATION ET PSYCHO EDUCATION

- Ces interventions sont ciblées sur des actions de sensibilisation, d'information ou de formation à destination des aidants naturels ou des soignants. (protocoles de formation centrés sur la personne, TCC ...).
- Niveau de preuve scientifique le plus élevé SPC
  - réduire le spectre des SPC des patients,
  - **Patient** : améliore la qualité de vie. **Soignants**: réduction du stress au travail.  
**Aidants**: diminue le risque d'épuisement

# INM: FORMATION ET PSYCHO EDUCATION

- Cette formation regroupe :
- L'apprentissage d'attitudes de communication et de soins pour améliorer l'échange.
- L'apprentissage des techniques de résolution de problèmes liés à l'identification des facteurs modifiables provoquant des SPC (méthode DICE 2014).
- La compréhension des troubles cognitifs, psychologiques et comportementaux.
- Les activités relationnelles/occupationnelles personnalisées.



## INM:APA

- APA basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques. Souvent en groupe => lien social++.
- Stade léger à modéré de la maladie.
- Réduction des SPC (agitation, apathie) et le maintien de l'état de santé global du patient. **Niveau de preuve élevé.**
- Les exercices de résistance montrent également une amélioration des fonctions exécutives dans la MA et la MCL

=> Computerized Cognitive Training

- Les recommandations pour l'activité physique adaptée:
  - Les ateliers APA doivent être réalisés par un professionnel certifié en APA
  - Avis médical
  - Indication à la mettre en place à visée préventive



# INM : Musicothérapie

- La musicothérapie se base sur les attributs de la musique comme médiation thérapeutique.
- Recommandée pour réduire les SPC (dépression, anxiété, symptômes d'agitation et apathie).
- Interventions en modalité « active » ou « réceptive » ou « passive ».
- En individuel ou en groupe.
- Évaluation avant, pendant et après l'intervention.
- Les recommandations pour la musicothérapie :
  - Formation en musicothérapie fortement conseillée.
  - Personnaliser l'intervention.
  - Favoriser l'autonomie décisionnelle



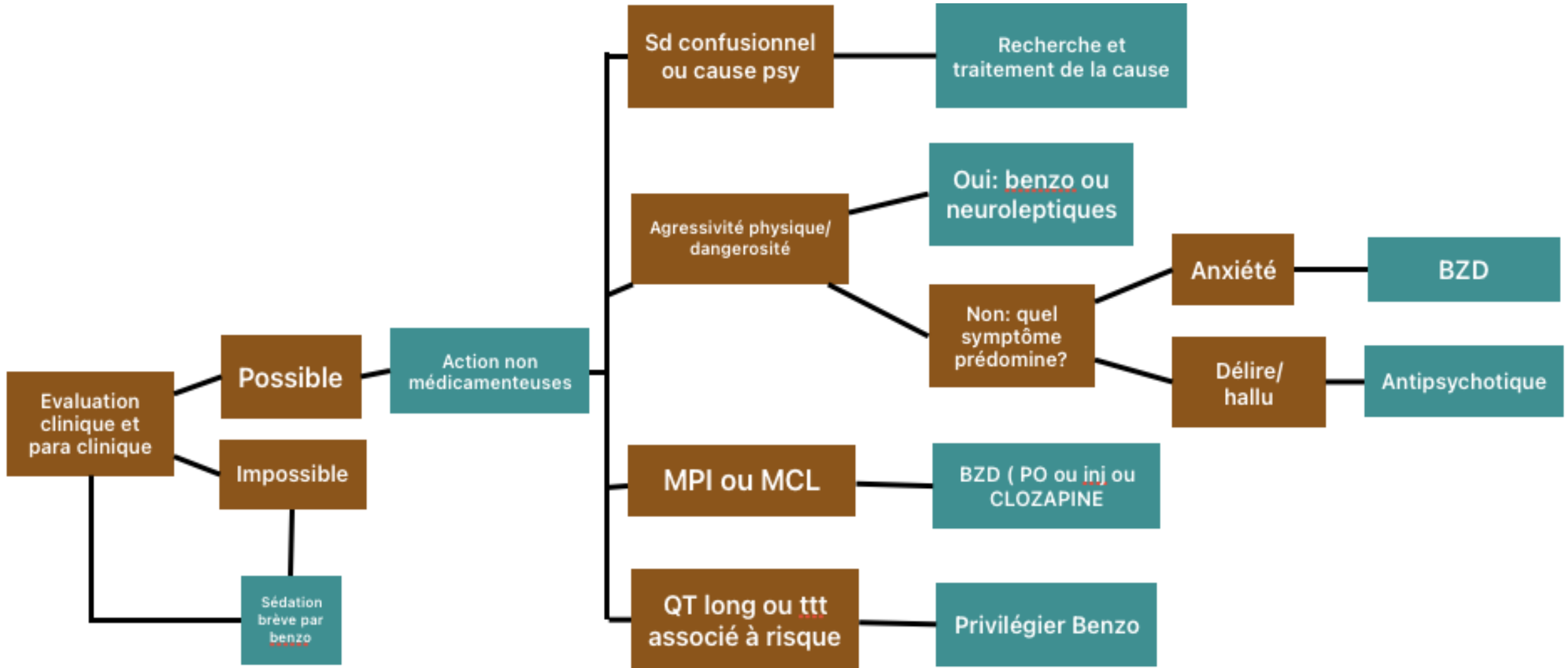
# PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE: LES ANTIDEPRESSEURS

INDICATIONS	TRAITEMENTS 1 <sup>ÈRE</sup> INTENTION	REMARQUES
Dépression	SERTRALINE 100 à 200mg/j	IR ok
	MIRTAZAPINE 15 à 45mg/j	<u>Orexigène</u> , sédatif
Agitation	CITALOPRAM 10 à 20mg / j	allongement du QT / hyponatrémie lono et ECG pré thérapeutique puis à 5 <u>demis-vies</u> de chaque changement
	ESCITALOPRAM 5 à 10mg/j	allongement du QT /hyponatrémie
	SERTRALINE 50mg à 200mg/j	IR ok
Troubles anxieux	les ISRS et <u>IRSNa</u> = traitement de fond (non utilisables en cas de crise comportementale)	Attention natrémie
Troubles du sommeil	MIRTAZAPINE seulement si symptômes dépressifs associés.	<u>Orexigène</u> , sédatif
Apathie	Aucune indication des ISRS	
Troubles psychotiques	CITALOPRAM 10 à 20mg / j	allongement du QT /hyponatrémie
	ESCITALOPRAM 5 à 10mg/j	allongement du QT / hyponatrémie
	SERTRALINE 50mg à 150mg/j	IR ok

## PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE: LES NEUROLEPTIQUES

Indications	Traitements	Posologies	Effets indésirables	Durée de traitement
Troubles psychotiques: Délires et Hallucinations	RISPERIDONE	0,25-2mg	Majoration du risque de chute, d'AVC, de syndrome extrapyramidal	3 mois à la dose minimale efficace avec décroissance progressive
	ARIPRAZOLE	2,5-15mg		
	OLANZAPINE	2,5-10mg		
	QUETIAPINE	50-300mg	Majoration du risque de chute, d'AVC	
	CLOZAPINE	6,25-25mg	Majoration du risque de chute, d'AVC <b>Agranulocytose</b>	

# CAT Crise comportementale



## CONCLUSION

- Chaque patient est unique. Le connaître permet de mieux le comprendre et de mieux le prendre en soin.
- Toujours privilégier les interventions personnalisées.
- La méthode DICE aide à rechercher l'origine des SPC.
- **Traitement de 1 ère intention = INM** (*hors patient inaccessible en crise comportementale*).
- Toujours réévaluer les thérapeutiques (médicamenteuses et non médicamenteuses).
- Toujours peser la balance bénéfice/risque des psychotropes.

# JCVMA

2<sup>e</sup> édition des Journées Caraïennes  
Vieillesse et Maintien de l'Autonomie

PAUSE  
DÉJEUNER  
VISITE  
DES STANDS  
ET POSTERS

NOUS REMERCIONS  
NOS PARTENAIRES

