SSMG

SOCIETE SCIENTIFIQUE de
MEDECINE GENERALE

RAMPE 2.3 11 Mars 2017

Atelier Troubles Cognitifs

Michel VANHALEWYN

Michelle GERARD

Objectifs de l'atelier

- Mettre en évidence les troubles cognitifs
- Etudier les conséquences engendrées par les troubles cognitifs
- Proposer et réfléchir ensemble sur les actions à mettre en place
- Améliorer le travail en multidisciplinarité
- Favoriser le maintien du patient à domicile dans les limites possibles

Mme T. D. 88 ans

- Son mari est décédé en 2005
- Ils avaient vécu au Congo . C'est suite à l'indépendance qu'ils sont revenus en Belgique
- Leur fille est mariée et son mari actuellement pensionné
- Mme vit dans un appartement à Bruxelles mais pense souvent qu'elle est à Tournai,la ville de son enfance
- Mme est chaleureuse mais on sent une fragilité, elle parle de problèmes de solitude
- Elle nous dit qu'il est difficile de se parler dans cette famille

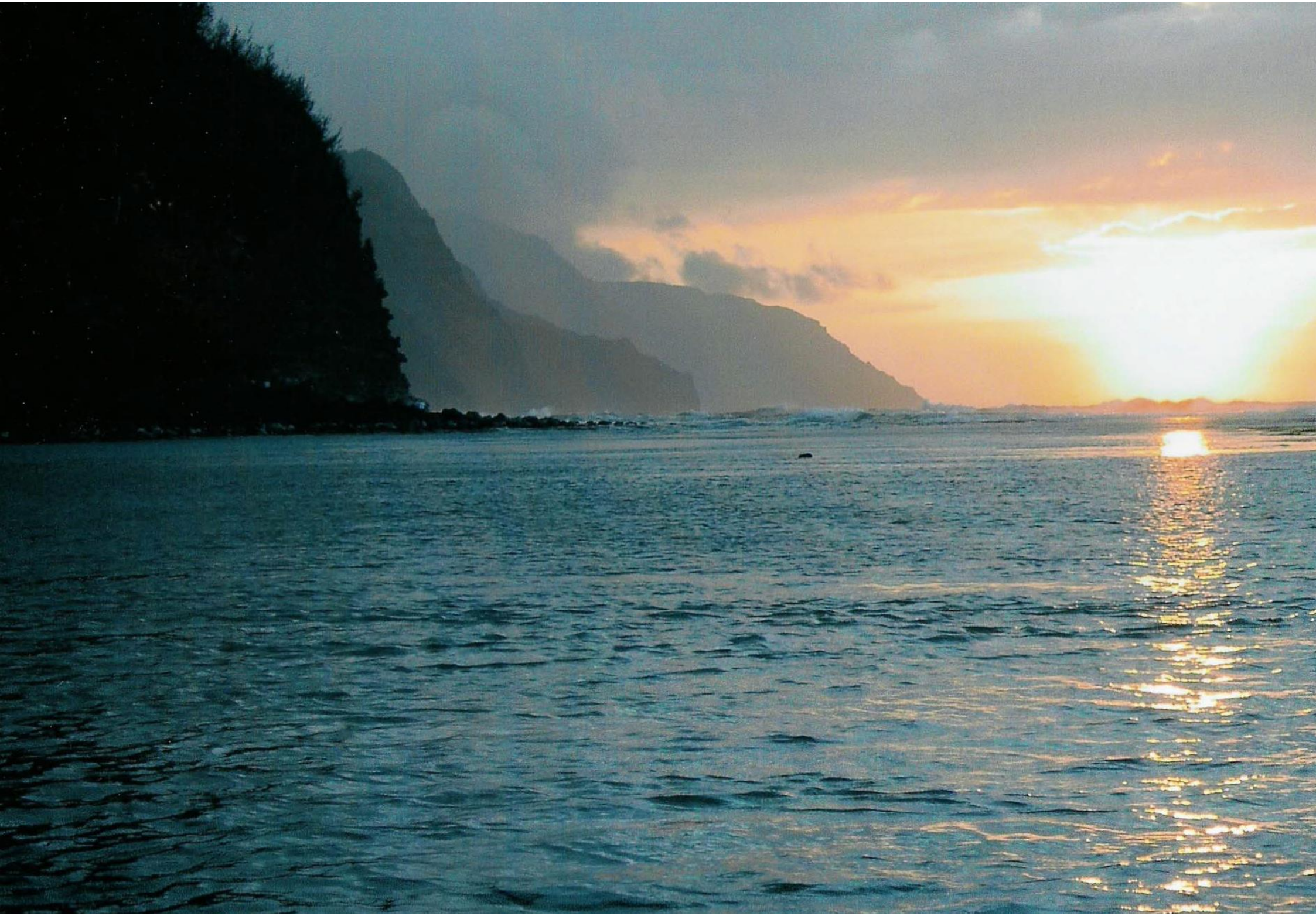
- Dans ses antécédents , une dépression sévère ayant entrainé une hospitalisation
- Une PPR nécessitant la prise d'une petite dose de corticoïdes
- En fin 2016 ,une hospitalisation suite à une infection respiratoire sévère
- Bilan gériatrique et placement en MRS

Les problèmes posés

- Le vécu antérieur et les antécédents médicaux
- Le diagnostic différentiel des troubles cognitifs
- L'approche médicamenteuse
- La mobilisation de toutes les aides possibles
- Les limites du maintien à domicile

Comment reconnaître ...

- Oublis répétés des faits récents « quand » et « où »
- Souvenirs manquant de détails
- Désorientation dans le temps
- Tendance à être répétitif : pose les mêmes questions
- L'entourage se plaint plus que le patient (anosognosie relative)
- Changements subtils: réduction des activités, repli sur soi ...



Conséquences des pertes cognitives

- Problème de sécurité: risque dôincendie (cuisson des aliments)
- Répercussion sur la vie journalière: perturbation du rythme de vie
- Risque dôincohérence et de non respect du traitement thérapeutique
- Gestion administrative perturbée
- En cas de troubles du comportement, chercher leur signification en lien avec des déficiences cognitives éventuelles

- Perte de l’estime de soi.
- Perturbation des relations familiales et sociales.
- Inactivité occupationnelle ou au contraire activité obsessionnelle
- Inadéquation vestimentaire en regard du temps
- Perte de la réalité des situations (gestion financière)

Jugement clinique :Discerner les déficiences

- Repérer des déficiences cognitives éventuelles, leur degré de gravité et les conséquences possibles pour la personne et son entourage, c'est-à-dire :
  - Observer et interroger le patient sur ses activités occupationnelles, ce qu'il a mangé, vu à la télé….
  - Interroger les accompagnants
  - Observer l'environnement (médicaments pris?, aliments consommés?...)
- En cas de troubles de comportements, chercher leur signification en lien avec des déficiences cognitives éventuelles

Prise en charge globale

- Anticiper les problèmes médicaux et faciliter la communication par un suivi médical régulier
- Privilégier une approche multidisciplinaire et holistique du patient et de sa famille
- Parler de la maladie avec le patient, la famille et les soignants pour :
  - Faciliter la prise en charge
  - Dépister lœpuisement des proches
  - Motiver

Le médecin généraliste

- S’assurer que les problèmes ne soit pas liés à une autre pathologie
- Le déni ou l’anosognosie
- L’annonce du diagnostic
- L’importance de l’évaluation gériatrique
- L’accompagnement du patient et des proches
- Les stades avancés de la maladie

Quelles interventions des infirmiers?

- S'ajuster à ce que la personne, avec sa personnalité et son humeur, peut préférer ou ne pas vouloir
- Régulièrement, sur de petites choses, voir si la personne est capable de continuer seule
- Réconforter et consoler
- Encourager et susciter ces comportements chez les aidants naturels et professionnels.
- Assurer la sécurité de la personne

Et encore…

- L' accompagner
- L'encourager à la systématisation de ses gestes
- Mettre avec lui des « petits trucs »
- Le reconnaître sans jugement de valeur
- Favoriser la complicité
- L'entourer: l'isolement accroît les troubles
- Le soutenir et le réconforter
- Soutenir l'entourage

Le pharmacien

- Vérifier la compliance du patient au traitement sur base des fréquences des dispensations des médicaments prescrits
- S'assurer régulièrement du bon usage de la médication; le respect des moments de prise.
- Vérifier la compréhension du traitement par le patient
- Préparer le pilulier hebdomadaire
- Vérifier a l'aide de son ordinateur la gestion des stocks du traitement médicamenteux et ainsi contrôler si ce dernier correspond à la prescription

Lôaidant proche

- L’apparition de troubles cognitifs nécessite le plus souvent une réorganisation complète de la vie du patient mais aussi de sa famille
- Améliorer sa connaissance et sa compréhension de la maladie et de ses conséquences
- Avoir une écoute attentive de son vécu

- Encourager l’acceptation d’aides supplémentaires si nécessaire:
  - Informer patient et ses aidants des services d’aide disponibles et si nécessaire, participer aux démarches
  - Suivre la concrétisation des démarches entreprises

La thérapie non médicamenteuse

- Améliorer la qualité de vie et viser à maintenir et développer les capacités restantes le plus longtemps possible
- Faciliter tous les actes de la vie quotidienne: habillage , repères d'orientation…
- Etre attentif aux difficultés d'expression et favoriser la compréhension de leurs attitudes
- Anticiper le placement en MRS

Elaborer un plan de traitement médicamenteux

- Débuter un médicament ?
- Problèmes de dosage et/ou d'utilisation ?
- Les comorbidités
- Les objectifs thérapeutiques
- Planifier les modifications éventuelles

La thérapie médicamenteuse

- Les inhibiteurs de la cholinestérase
- Les inhibiteurs des récepteurs NMDA
- Les médicaments à éviter

Agitation, anxiété, dépression

- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI)

- Benzodiazépines (préférer courte durée de vie)

- Neuroleptiques (préférence pour les nouveaux et « atypiques

A éviter si possible

Antidépresseurs tricycliques

Benzodiazépines longue durée d'action

Anciens antihistaminiques

Morphiniques

Antispasmodiques urinaires

Dépression et démence

- Les manifestations dépressives et la tristesse peuvent s'observer à différents stades de la démence
- Au début: réactionnelle à la conscience de la perte cognitive
- Avec l'évolution: la dépression serait l'expression d'un dysfonctionnement neurobiologique
- Différence tristesse/dépression: la tristesse est de courte durée dans une journée et parfois réactionnelle à la prise de conscience fugace du déclin cognitif surtout lors d'une mise en échec
- Les idées suicidaires ne sont pas habituelles dans la démence

La dépression de la personne âgée

- La dépression est responsable, chez la personne âgée, d'une augmentation de la mortalité.

- Elle est en effet associée à une évolution plus péjorative de certaines maladies et à une augmentation des tentatives de suicide.

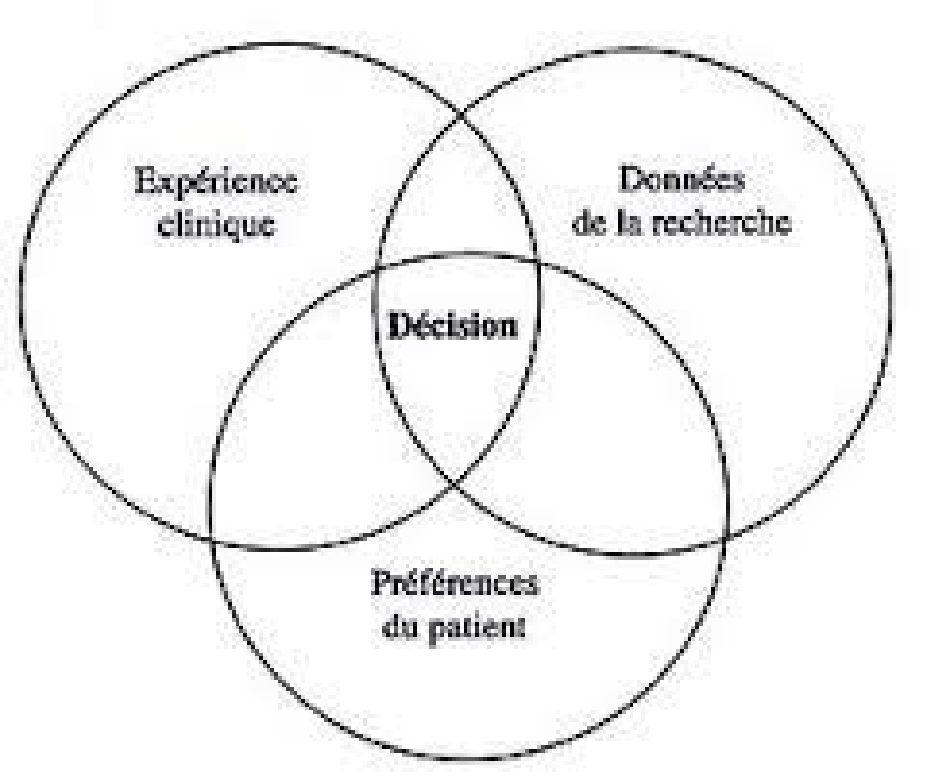
- La dépression nécessite donc un traitement

Take home messages

- Anticiper
- Evaluer
- Adapter
- Attitude éthique

Merci pour votre participation

L'EBM


Expérience clinique
Données de la recherche
Décision
Préférences du patient

De lôidée à la réalisation dôun réseau

- Émergence dôune possibilité nouvelle
- Partage des opportunités envisageables
- Acquisition dôun langage commun
- Développement dôun sentiment dôappartenance
- Opportunité dôun élément déclencheur
- Mise en place du processus

Autre vignette (si nécessaire)

- Monsieur F. A. 82 ans
- Troubles de mémoire de langage et de confusion: diagnostic dôAlzheimer
- Son épouse décédée inopinément, il vit seul dans la même maison que son fils
- Insuffisance cardiaque dont lôaggravation nécessite une mise au point en hôpital
- Agitation et agressivité entraînent la demande de le reprendre à domicile