

Congrès National 2017

des Unités de soins,  
d'évaluation et de  
Prise en charge

# Alzheimer

mercredi 13 et jeudi 14 décembre 2017

Paris  
Palais des Congrès  
d'Issy-les-Moulineaux

## Anticiper les troubles du comportement

**Pr Maria Soto Martin**

Pôle de Gériatrie , CHU Toulouse, UMR 1027



# Deux problématiques

- Hétérogénéité des troubles du comportement
  - Phénotype:
    - Agitation/ agressivité, psychose, sommeil...
    - Symptômes épisodiques, fluctuants
    - Symptômes qui se superposent
  - Etiologie multifactorielle
- Option thérapeutique très limitée
  - Pharmacologique
  - Non-pharmacologique

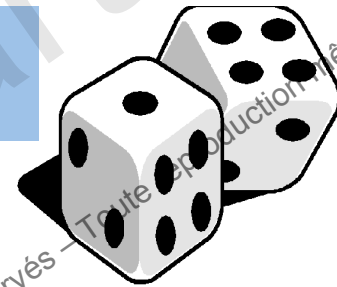
# Plusieurs recommandations nationales et internationales....

The American Psychiatric Association  
Practice Guideline on the Use of  
Antipsychotics to Treat Agitation and  
Psychosis in Patients With Dementia

Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in  
Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary  
Expert Panel

Helen C. Kales, MD,<sup>a,b,c</sup> Laura N. Gitlin, PhD,<sup>d,e,f,g</sup> and Constantine G. Lyketsos, MD,<sup>g,h</sup> for the  
Detroit Expert Panel on the Assessment and Management of the Neuropsychiatric Symptoms of  
Dementia

**“The DICE  
Approach”**



**Alzheimer's  
Society**  
Leading the  
fight against  
dementia

Optimiser les traitements et les soins pour  
les personnes présentant des symptômes  
psychologiques et comportementaux au  
cours d'une démence (SPCD).

2017 © Congrès National des unités de soins Alzheimer - Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Maladie d'Alzheimer et maladies  
apparentées : prise en charge des  
troubles du comportement  
perturbateurs

RECOMMANDATIONS  
Mai 2009

# Consensus international de prise en charge!

- Tous les consensus d'experts recommandent l'**approche non-pharmacologique** comme la première ligne thérapeutique
- La complexité étiologique multifactorielle: il n'y a pas **une solution « unique qui convient à tous »**
- Approche basée sur la connaissance du patient et des facteurs étiologiques: **projet de soin axé sur la personne**
- ✓ Quel que se soit le milieu de vie

# La problématique actuelle et les défis

- « **On sait ce qu'il faut faire** » **MAIS** ceci ne peut pas être traduit sur la réalité du terrain de la prise en charge:
- le système actuel ne facilite pas l'implémentation des stratégies dans l'évaluation et le traitement des SPCD:
  - Très chronophage,
  - Manque de financement et du personnel
  - Manque de formation suffisante



Malgré les efforts pour réduire la prescription des psychotropes, ceux-ci sont les traitements souvent utilisés en première ligne.

# Filière de soins Alzheimer : structures

Evolution de la prise en charge de la MA au cours des 15 dernières années

Unité Soins  
Aigus  
Alzheimer

**4 « Plans Alzheimer »  
en 2001, en 2004, en  
2008 et en 2014**

UCC  
ESA  
MAIA

Création des CMRR et  
des consultations  
mémoires, Hôpitaux de  
jour...

Unités spécialisées en  
EHPAD, UHR, PASA,  
Accueils de jour,

# Prise en charge des troubles du comportement aujourd'hui

- Quand les troubles sont déjà sévères...
  - A domicile ou en EHPAD
- A un stade modéré-sévère de la maladie
  - Altération des circuits fronto-subcorticaux et circuits cortico-corticaux, système mono-aminérgique
  - Epuisement des aidants
- Prise en charge trop TARDIVE?
  - Inefficacité des traitements
  - Comparaison avec la perte d'autonomie et dépendance physique

# Anticiper les troubles du comportement

- Prévention?
- Cela est-il possible?



**Par qui? A quel moment? Où?**

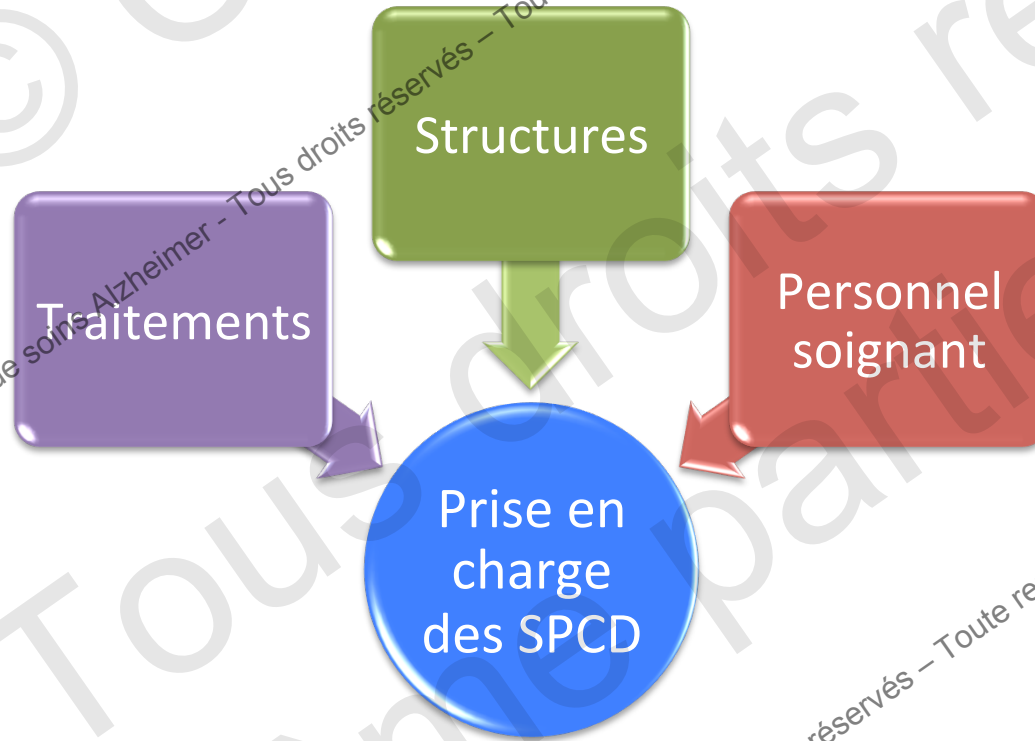
- **Comment faire?**



# Le moment du diagnostic de la MA et syndromes apparentés

- Données de la BNA: diagnostic à un stade modérée!
- Optimiser un diagnostic à un stade léger de la maladie
- Un diagnostic précoce de la MA est souhaitable pour:
  - une prise en charge optimale et pluridisciplinaire,
  - **prévenir des complications de la maladie** et
  - proposer au plus grand nombre un accès à la recherche innovante

# La filière « comportementale »



**Défis actuel :** Comment améliorer la prise en charge des SPCD avec les moyens dont nous disposons MAIS surtout Comment faire évoluer cette filière dans l'avenir afin de mieux répondre aux besoins ?

# Développement des « Structures de prise en charge et de prévention » dans l'ambulatoire et au plus près des patients et des aidants

- Consultation « Comportementale »
- Hôpital de Jour Comportement (thérapeutique et de rééducation)
- Accueil de Jour (type PASA mais en ville)
- Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) à domicile
- Plateformes de répit
- Associations de famille



**FORMATION DES AIDANTS**

# Traitement non pharmacologique : Évidence scientifique !

## • Interventions ciblant l'aidant informel

- Apprentissage à résoudre les problèmes liés à l'identification des facteurs précipitants et modifiables des SPCD

- Les essais REACH II et REACH VA : réduction significative de la fréquence des SPCD

*Belle et al Ann Int Med 2006; Nichols et al Arch Int Med, 2011*

- Accompagnement, support et formation : sessions à domicile et appels téléphoniques

- Les essais *Tailored Activity Program* (TAP) et *COPE*

*Gitlin et al, Am J Geriatr Psychiatry 2008; Gitlin et al, JAMA, 2010; Gitlin et al, JAGS, 2010*

- Méta-analyse de 23 ERCs : Critères de jugement principaux : fréquence/sévérité de SPCD et bien-être de l'aidant

- Un effet de traitement significatif (**taille d'effet global = 0.34**)

*Brodsky et al, Am J Psychiatry 2012*

# Evidence scientifique

- Le poids important des mesures non-pharmacologiques:  
**la formation des aidants**
- Ce qui « a marché » dans cette formation :
  - Développer des compétences pour résoudre des problèmes afin de gérer les SPCD
  - Augmenter l'activité du patient
  - Améliorer la communication
  - Réduire la complexité environnementale
  - Simplifier les tâches quotidiennes des patients

# La consultation « comportementale »

- Consultation dédiée patient/aidant vivant à domicile
  - IDE/médecin
  - 2 box
  - Evaluations et entretiens séparés aidant-patient
  - Caractérisation des troubles, réaction de l'aidant
  - Elaboration d'un plan de soins simple
- ✓ Objectif: formation de l'aidant à la PEC des troubles avec un focus sur la prévention

# Traitement non pharmacologique : évidence scientifique

## • Interventions ciblant l'aidant professionnel

- La formation du personnel soignant à la prise en charge des SPCD dans les EHPAD a démontré une diminution de l'utilisation des psychotropes

*Richter T., et al., Cochrane Database Syst Rev Dec 12; 2012.*

- ✓ Entraînements des aidants centrés sur les soins à la personne, interventions psychosociales
- ✓ Compétences en communication avec le malade

# Télémédecine en EHPAD



« Côté EHPAD » : IDE, ASG, AS, Kiné, psychologues....médecin coordonnateur, MF, famille

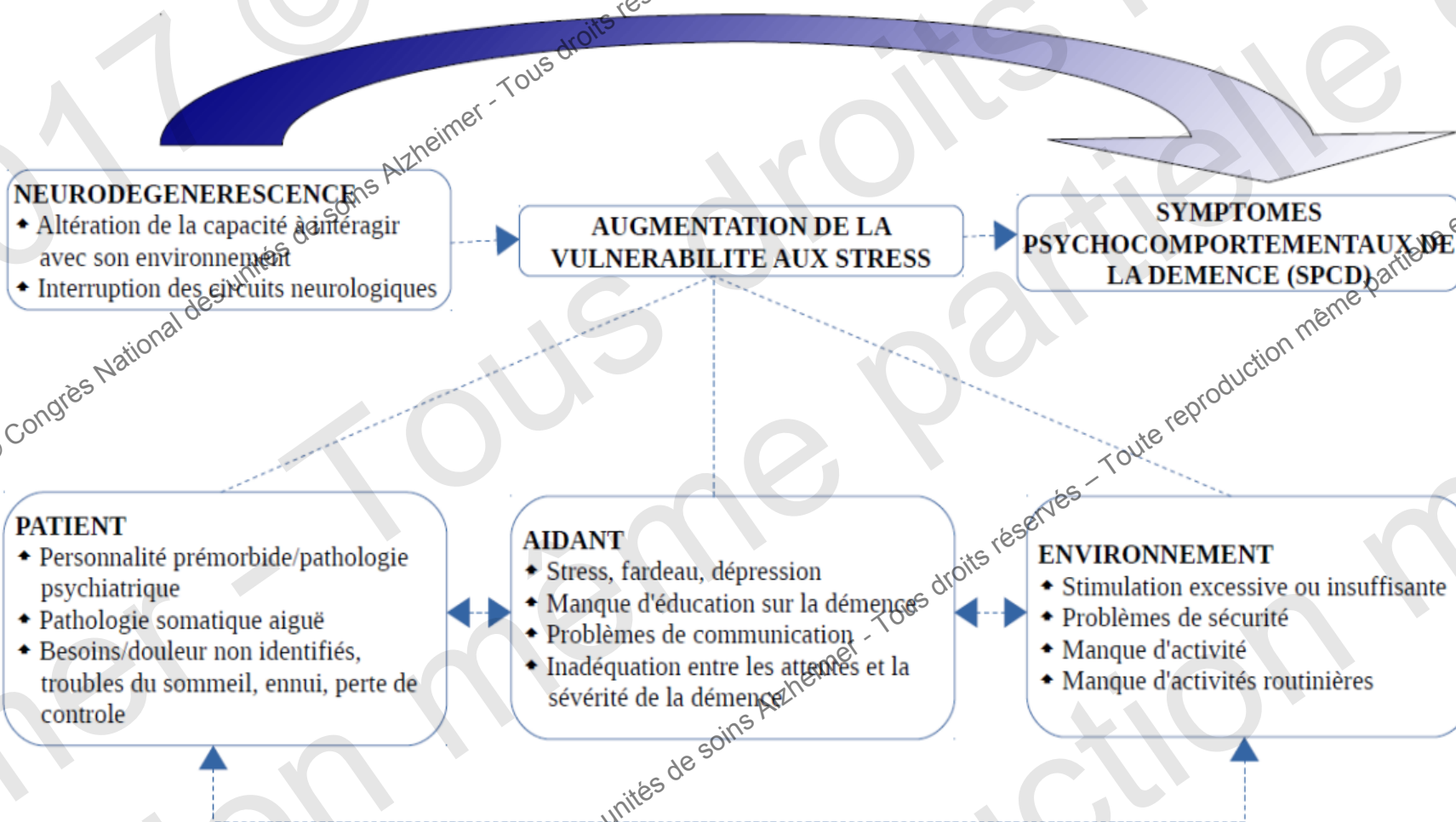
« Côté spécialiste » : médecin, ASG, IDE

 **Transfer progressif des compétences**  
**Effet « contamination »**



# Anticiper les SPCD: facteurs de risque

Figure 2 : Facteurs associés aux SPCD (d'après Kales HC et al 2015)



# Perspectives.....

- La prise en charge ambulatoire doit prioriser **l'éducation thérapeutique et la formation des aidants informels** ainsi que la formation ciblée sur les **aidants professionnels du premier recours** (comme les infirmières et les aides-soignants libéraux)
- Formation des **équipes des EHPAD** via la télémédecine ou l'EMG

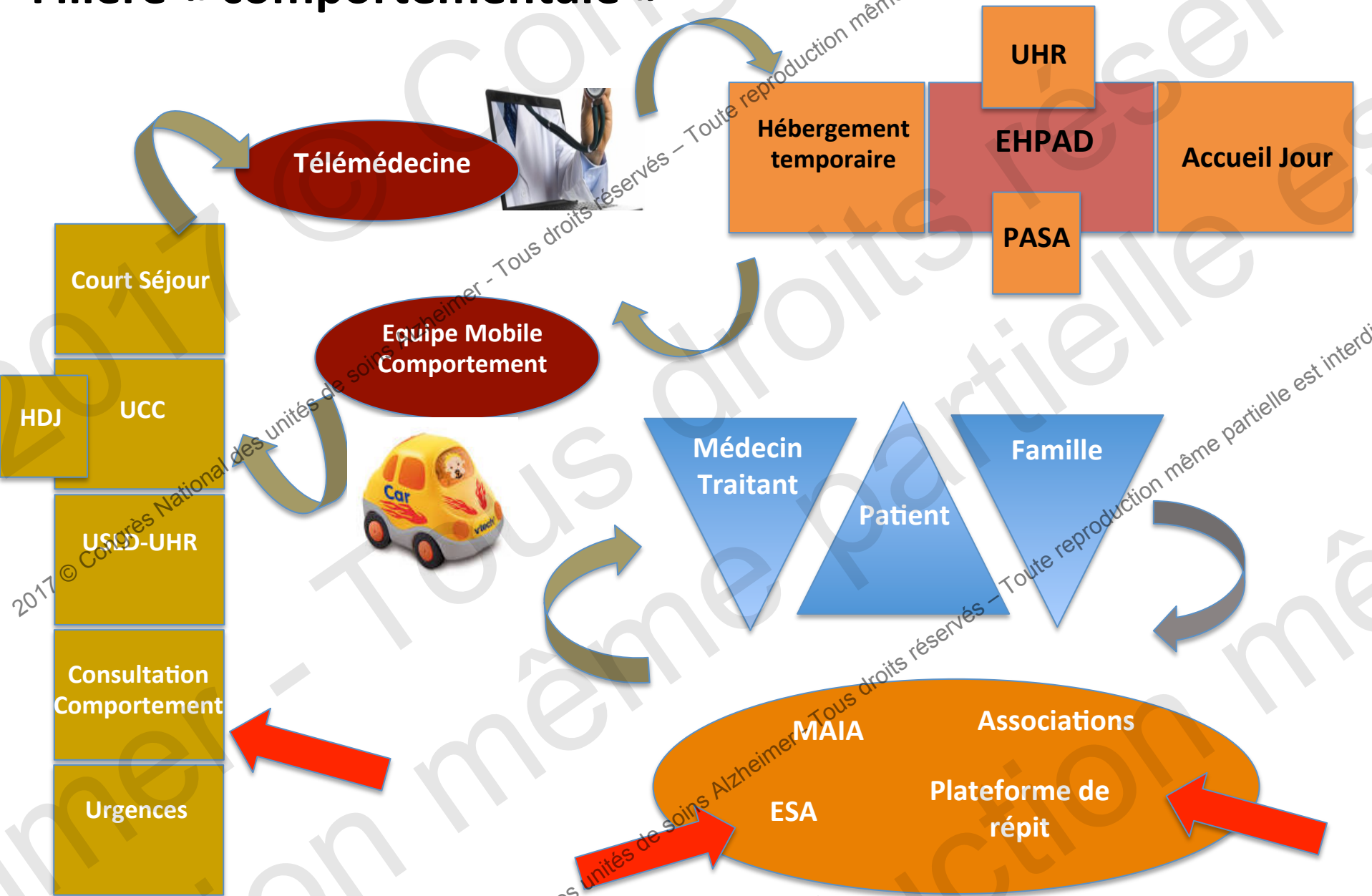


**Repérer les facteurs de risque modifiables  
des troubles du comportement**



**Plan de soins personnalisé de prévention**

# Filière « comportementale »



# Mild Behavioural Impairment (MBI)

- ✓ Absence de démence
- ✓  $\geq 50$  ans
- ✓ Changement dans le comportement ou la personnalité depuis 6 mois:
  - motivation diminuée
  - troubles affectifs
  - troubles de la perception
  - Impulsions
  - comportement social inapproprié
- ✓ Co existence ou pas de MCI

## Inventaire de Déclin Comportemental Léger (MBI-C)

Date \_\_\_\_\_  
 Complété par : Clinicien ( )    Accompagnant ( )    Sujet ( )  
 Lieu : Centre de soins ( )    Centre de recherche ( )

Entourer le « OUI » si le comportement est présent depuis au moins 6 mois (de manière continue ou discontinue) et constitue un changement dans l'état comportemental habituel. Sinon, entourer le « NON ».

Merci d'évaluer la sévérité des troubles : 1=LEGER (trouble présent mais sans changement significatif), 2=MODERE (trouble significatif mais sans changement majeur), 3=SEVERE (trouble marqué ou prédominant, changement majeur par rapport à l'état habituel)

	OUI NON	Si OUI SEVERITE
<b>Ce domaine décrit la Motivation, les intérêts et les conduites</b>		
La personne a-t-elle perdu l'intérêt pour les amis, la famille ou les activités habituelles ?	OUI NON	1   2   3
La personne manque-t-elle de curiosité pour les choses qui l'intéressent habituellement ?	OUI NON	1   2   3

# Anticiper les troubles du comportement

- **Perspectives dans la recherche...**
- Repérer plus précocement les troubles du comportement
  - MBI (Mild Behaviour Impairment): implication dans l'étude de la physiopathologie
  - Etudes prospectives d'intervention: repérage et modification des FR associés à l'apparition ou aggravation des SPCD dans le but de les prévenir
    - Traitement précoce: Impact sur l'évolution et pronostic de la maladie?

# Anticiper les troubles de comportement: Conclusions

- Diagnostic plus précoce de la maladie, pour repérer précocement les SPCD, pour une PEC plus optimale
- Virage vers l'ambulatorio des structures de repérage et prévention
- Intensification de la formation des **aidants professionnels** quelque soit le lieu de vie et en dehors des « unités Alzheimer»
- Formation et éducation thérapeutique **de l'aidant informel**

repérer les facteurs de risque modifiables des troubles du comportement

→ Développement des **stratégies de prévention** des SPCD à domicile (ESA, CM, plateforme de répit...)/EHPAD)

**Merci de votre attention**