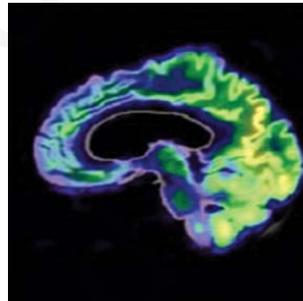


Spécificités d'accompagnement des malades ayant une DFT en UCC

Florence Lebert, Martine Sagot, Florence Bieder

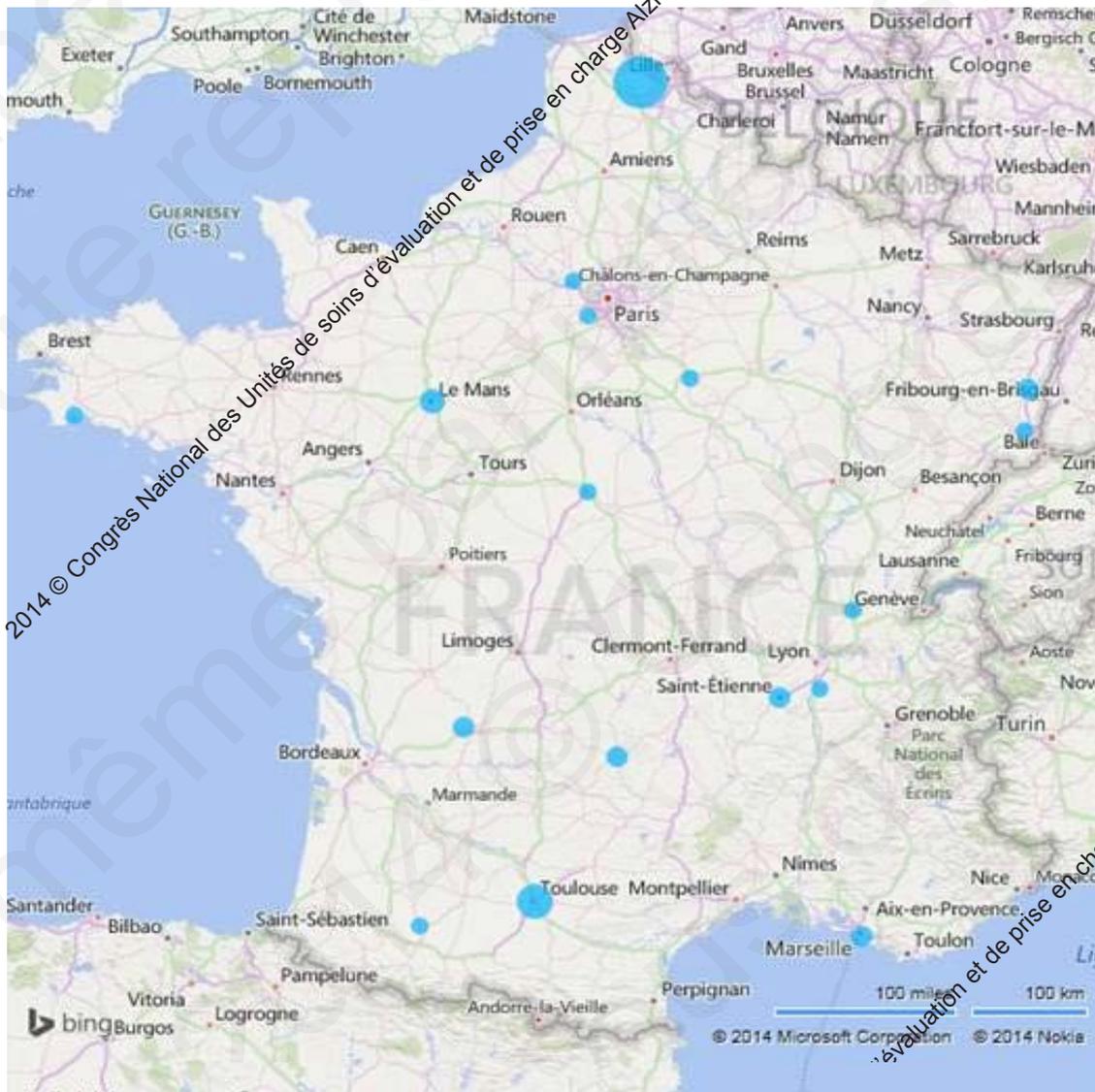
CNR-MAJ - UCC Bailleul (59)



Pas de conflit d'intérêt

Extrait de l'enquête CNR-MAJ – SFGG: les malades « jeunes » en UCC

Au moins 18 UCC ont eu une expérience dans les DFT <65 ans en 2013



Localité	Nombre
Colmar	3
Mulhouse	2
Annesse et Beaulieu	3
Aurillac	3
Sens, Yonne	1
Bénodet	1
Vierzon	1
Meulan	1
Saint-Rémy-lès-Chevreuse	2
Toulouse	7
Vic en Val d'Aisne	1
Baillat	12
Marseille	3
Le Mans	4
Bourg en Bresse	1
Vienne	1
Saint Etienne	3
Lorient	1

Adéquation DFT – UCC

DFT

- Troubles du comportement constants et initiaux
- 25% débutent après 65 ans
- DFT critères (Rascovsky 2011) ≥ 3
 1. Désinhibition
 2. Apathie/inertie
 3. Perte de sympathie/empathie
 4. Conduites persévératives/compulsives
 5. Hyperoralité
 6. Profil neuropsychologique dysexécutif

UCC



Réservées à des patients présentant des troubles du comportement productifs dans le cadre d'une MA ou une maladie APPARENTEE,

- équipées de chambre à 1 lit, d'espace de déambulation, d'environnement sécurisé

- Accueillant des malades de tous les âges, même avant 60 ans

Mais

Quelles sont les caractéristiques des patients DFT nécessitant une UCC ?

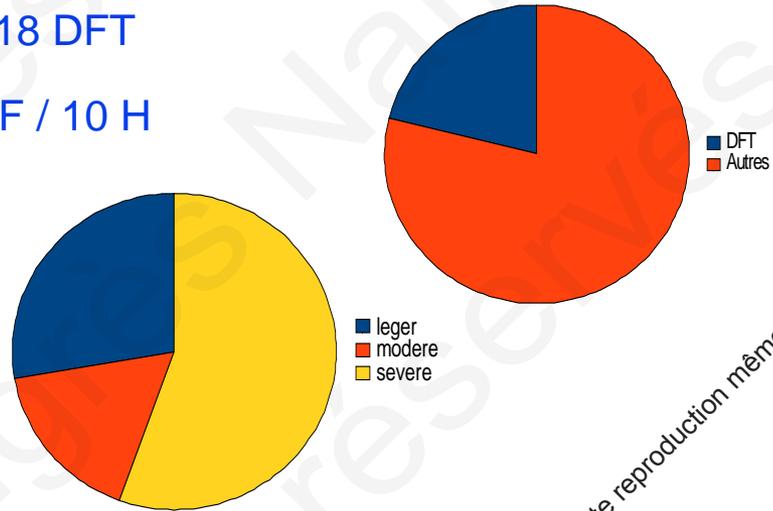
Quels besoins ont ils ?

Que posent ils comme problèmes ?

Les PES proposées aux malades ayant une maladie d'Alzheimer sont elles adaptées aux patients ayant une DFT ?

Caractéristiques des malades DFT accueillis en 2013 à l'UCC de Bailleul

- 85 admissions en 2013, dont 18 DFT
- Age moyen **63,2** ans (6,7) – 8F / 10 H
- Sévérité du déclin cognitif



1 seul vivait en EHPAD

- Tous étaient admis pour troubles du comportement
 - **Très souvent:** *Troubles des conduites alimentaires, (hyperphagie et hyperoralité), désinhibition, agressivité*
 - *50 % avaient des comportements dangereux (fausses routes, objets non alimentaires portés en bouche, fugues, hyperactivité dangereuse, violence...)*
 - **Moins souvent:** *négligence (Diogène), idées suicidaires, délire, addiction, troubles sexuels*

Recherche de facteurs aggravants

- **Problème somatique: chez 16/18 (89%) patients....**

- **Douleurs: 11/18 (61%)** (os, neuropathique, cephalées, dentaires, colique néphrétique)

- **Fécalome / constipation: 9/18**

- **Autres:** infection 2, phlébite 1, colite 2, hépatite toxique 1, cancer utérin 1, prostatisme 2

- **Iatrogénie**

44% surpoids 61% dénutrition protéidique, 77% troubles déglutition

- **5 patients sous NRL** à l'admission (suivis au centre de la mémoire pour 15/18)

- **Environnement humain non adapté (5 patients)**

- Méconnaissance du syndrome frontal malgré une éducation en consultation mémoire

- Dépression de l'aidant

- conflit conjugal antérieur

- EHPAD, absence d'expérience dans ce type de comportement

Traitements non médicamenteux, activités:

- **Cognitives**

- 5/18 ont pu s'intégrer à un atelier mémoire

- **Corporelles**

3/18 ont accepté les actions de bien-être (massages, huiles essentielles, snozelen...)

- 7/18 les soins esthétiques

- **Basées sur l'environnement**

- 8/18 ont pu participer à des sorties sans danger

- **Psycho-sociales**

- 5/18 ont participé à une chorale
- 5/18 ont pu s'intégrer à un groupe dessin ou jardin
- Aucun n'a pas participer à un groupe cuisine

(attention au matériel des activités)

→ **ACTIVITES INDIVIDUELLES – locaux adaptés**

Traitements médicamenteux à la sortie

J Psychopharmacol. 2011

Clinical practice with anti-dementia drugs: a revised (second) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology.

RECO grade B pour IRS lors de DFT

- **Agents sérotoninergiques (72%)** (Vossel & Miller 2008; O'Brien 2011)
 - IRSerotonine 7/18
 - Trazodone 7 /18 (Lebert et al, 2004/2006)
 - 4 sans: 2 apathie, 1 virage de l'humeur, 1 hypoTA
- **Antipsychotiques 4/18 (22%)** (Czarnecki et al, 2008)

Accompagnement des aidants, particularités:

- **Fatigue des aidants:** échelle analogique $\geq 8/10$ dans 100%
- **Nécessité d'une éducation sur le syndrome frontal:** formation DFT spécifique
- **Information sur les aides médico-sociales des sujets jeunes** (MDPH), prestation compensatrice du handicap >> APA
- **Interlocuteurs inhabituels:** Enfants en bas âge et parents encore en vie
- Education sur la **prévention des fausses routes**

La sortie

- **Evolution du score moyen NPI**
 - Entrée: 60,7
 - Sortie: 40,6
- **Durée de séjour:** 28,8 j (15,4), 1 sortie prématurée
- **Lieu de sortie**
 - 13 (72%) retour dans le lieu de vie initial
 - 5 sont rentrés en EHPAD avec demande de dérogation pour 2

2014 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2014 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Conclusion

- L'accueil des patients ayant une DFT est une réalité, il y a un besoin, les UCC sont adaptées et peuvent être efficaces
- **Sous réserve**
 - Qu'on fasse un bilan somatique complet, y compris paraclinique
 - Qu'on privilégie des traitements non médicamenteux en individuel + bonne conscience des dangers dus au syndrome frontal
 - Qu'on connaisse les particularités pharmacologiques
 - Qu'on offre aux aidants une information spécifique,