

AMCOOR HAUTE BRETAGNE

Association des Médecins Coordonnateurs d'EHPAD de Haute BRETAGNE

Compte-rendu de la réunion du 3 juillet 2018 CHGR

Présents : Drs Colas, Kurta, Dumoussaud, Chichizola, Bohuon, Haouili, Lebelle, David-Defrance, Allais, Vantard, les médecins généralistes du CHGR Drs Affolter (FIHP), Mauny, Barazer (G09), Negaret (G07/08), Abdellah (G10), Levrat, Poirier (G06) Dr Robert, psychiatre.

Excusés : Drs Nicolas, Charlotte David, Peltriaux, Petremant, Rouxel, Nouvellon, Prat, Chupin, Durel, Kabalu,

MANIFESTATIONS PROFESSIONNELLES

- **Journée de la Société bretonne de Gériatrie** à priori le 12 octobre 2018 (à confirmer). Nous proposons de ne pas faire de réunion AMCOOR en octobre pour privilégier notre participation à cette journée.

INFORMATIONS

Rencontre avec les médecins généralistes du CHGR :

- **En cas d'urgence psychiatrique**, passer par les urgences du CHU, l'accueil direct au CHGR est déconseillé. Il existe une garde de psy aux urgences de Pontchaillou
- Au CHGR : 9 généralistes et 7 ETP
- **Equipe mobile de Géronto-psychiatrie G3 G9 G12**: 5 IDE pour 40 Ehpads. 1 temps plein de gériatre Dr Mazet Launay, Dr Barazer $\frac{1}{4}$ temps, Dr Douabin mi-temps, Dr Robert mi-temps : 20 lits à St Anne mais bloqués à 70 % par des hospitalisations longues. HDJ du Gast intersectoriel pour l'ensemble du CHGR mais essentiellement les patients du pôle gériatrique. Télémedecine bientôt proposée à : Liffré, Le Gast, Maure de Bretagne. L'IDE passe tous les 15 jours en général.
- Rapports entre psychiatres de secteur et Equipe mobile de géronto-psy G3 G9 G12 pas toujours bien définis.
- **FIHP** : Equipe mobile de la Filière intersectorielle d'hospitalisation prolongée créée en sept 2017 s'adresse à toute la psychiatrie adulte. (convention à signer) But : Etre en soutien aux structures et éviter les hospitalisations.
- La psychiatrie de la personne âgée est peu enseignée. Intrication entre somatique et psychiatrie. Clivage qui n'a pas lieu d'être mais peu de psychiatres sont sensibilisés au problème. Une formation spécifique universitaire est en construction. Le nombre de personnes âgées démentes a fortement augmenté avec l'espérance de vie mais l'espérance de vie est de 20 ans de moins dans le public psychiatrique.
- Comment améliorer notre communication ? : échange de numéro de tél, d'adresses mail,
- Séjours de rupture.
- Les médecins du CHGR trouvent que les Ehpads ne jouent pas le jeu et refusent des résidents uniquement parce qu'ils viennent de l'hôpital psychiatrique. Le CHGR reçoit en hospitalisation des patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec des troubles du comportement. Une fois le malade stabilisé, il ne relève plus du CHGR mais d'un Ehpad ou d'une unité Alzheimer. L'étiquette « vient du CHGR » lui ferme souvent les portes sans même un regard sur son dossier. Etablir une meilleure coopération dans les deux sens semble indispensable.

Siège social : 15 rue de Juillet 35000 Rennes

Contact : Dr A-E Colas Tél : 02 99 67 15 76 Site : <http://www.amcoorhb.fr>

- De même il est possible de faire en EHPAD l'admission de malades atteints de pathologies psychiatriques stabilisées mais le suivi par le secteur et l'évaluation de l'adaptation en EHPAD sont indispensables. Il peut y avoir des échecs.

SUJET DU JOUR

Dr Robert : Les psychotropes II (quelques notes de la rencontre)

- ❖ La nouvelle campagne de la CPAM contre la iatrogénie nous invite à prescrire moins de benzodiazépines et davantage d'antidépresseurs :
- Les PA déprimées expriment plus d'anxiété, de peur, de repli sur soi que de tristesse : les antidépresseurs (IRS) marchent souvent mieux et donnent moins de dépendance et moins d'effets secondaires. Ne pas négliger les troubles de l'équilibre sous IRS
 - ❖ Certaines PA ont des antidépresseurs depuis des années, est-ce toujours justifié de poursuivre ?
- Il faut chercher dans le dossier pourquoi la PA est sous antidépresseur. Si on ne trouve rien, on peut tenter de baisser les doses sans se presser jusqu'à l'arrêt éventuel. Si le malade a un trouble caractérisé et est bien équilibré, ne rien changer (sauf pb métabolique nécessitant une réévaluation du traitement avec le psychiatre) On ne démarre pas un trouble anxieux sévère (TOC Phobies...) à 70/80 ans. C'est une maladie du sujet jeune.
 - ❖ La difficulté d'adaptation, le deuil de la vie d'avant que représente l'entrée en Ehpad pousse parfois à prescrire des antidépresseurs, est-ce justifié
- L'indication des antidépresseurs est la dépression sévère caractérisée : il faut la respecter
- ❖ Il y a 3 traitements « magiques » en psychiatrie : Le lithium, la clozapine et l'ECT (sismothérapie)
- ❖ **Le LITHIUM** : Surveillance clinique et biologique indispensable : créatinine, lithémie, interactions médicamenteuses, déshydratation... Risque de surdosage
3 classes de médicaments traitent la bipolarité : le lithium, les anticonvulsivants (Divalproate, carbamazépine, lamotrigine), les antipsychotiques antimaniaques (rispéridone, olanzapine, aripiprazole).
Seul le Théralite est anti maniaque et antidépresseur.
Le Valproate est surtout anti-maniaque
Le Lamictal prévient la rechute dépressive. Attention aux interactions
Le Tégretol est difficile à manier (interactions +++)

Le Lithium allonge le QT. La fourchette de la lithémie dépend de la galénique :

Théralite LP : 0.8 à 1.2

Théralite simple (courte demi-vie) : 0.5 à 0.8 12heures après la prise du soir.

On peut rechercher une lithémie intra erythrocytaire (qui donne un reflet de la lithémie des 2/3 mois comme une HbA1c)

Plus la lithémie est dans la fourchette haute, plus on augmente le risque d'insuffisance rénale 30 ans plus tard. Il faut viser le bas de la fourchette et même moins si la clinique le permet.

❖ Quelle est la différence entre maniaque et hypomaniaque ?

- Il n'y en a pas vraiment, c'est un accès plus court (au moins 4 jours) et moins intense

❖ Les signes du surdosage

- Ils sont polymorphes : Troubles de conduction (allongement du QT) attention aux associations à risque. Troubles de la marche : Ataxie cérébelleuse. Troubles de la vigilance Ils sont souvent associés à la déshydratation ou la prescription d'AINS

❖ Que penser des résidents irritables, agressifs, présentant une dépression hostile

- Ils sont souvent dans la mouvance bipolaire. Chercher un rythme saisonnier, faire une enquête vie entière (l'enfance, l'hiver...), mais pas toujours. Ils peuvent être améliorés par des thymo-régulateurs.

❖ Caractéristiques des antidépresseurs :

○ Les IRS

- Prozac : stimulant, attention à la vulnérabilité des bipolaires
- Paroxétine : anxiolytique mais pas au début
- Zoloft : n'allonge pas le QT mais quelques syndromes sérotoninergiques
- Seropram : marche bien sur l'anxiété associée à la dépression simple
- Seroplex : allonge le QT : Attention ne pas associer Seroplex Tercian

○ Les IRSNA : après échec d'un IRS simple

- Effexor : large palette de dose de 0.25 à 2.25
- Cymbalta (son cousin) : plus dynamisant que l'Effexor. Effets II° à type de diarrhées cytolyse

- Norset (mirtazapine) : bien toléré chez les déments déprimés, régule un peu le sommeil, stimule l'appétit. Neutropénie à surveiller

- o Les antidépresseurs sont plutôt à donner le matin sauf le norset et l'athymil

❖ La CLOZAPINE

- o A utiliser à faible dose : $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ cp de 25 mg
- o Surveillance ++ de la neutropénie

❖ L'ECT

- o Marche mieux quand on avance en âge
- o S'adresse aux mélancolies majeures, anxieuses
- o Quand les antidépresseurs sont inefficaces
- o 3 séances par semaines - 10 à 15 séances puis 3 séances de consolidation
- o Parfois, il est nécessaire de poursuivre des séances d'entretien tous les mois ou 2 mois... Au CHGR réalisé le lundi, mercredi vendredi
- o Il ne faut pas de CI à l'anesthésie. Ni d'hypertension intracrânienne, ni pace maker ou stimulation cérébrale profonde
- o Autres indications : délire résistant aux traitements antidélirants, épisode maniaque délirant
- o Effets II° : troubles mnésiques antérogrades mais limités dans le temps.

DIVERS

- Sujet à aborder entre médecins coordonnateurs, médecins du CHGR, directeurs, juristes : actes ayant des conséquences médico légales en EHPAD (agressions sexuelles, violences). Quelles solutions ?

CALENDRIER

- Date des prochaines réunions :
 - o 20 septembre 2018
 - o 12 octobre 2018 SBG
 - o Nov/Déc à définir
 - o Janvier : une journée AMCOOR est en préparation (du style de celle faite à St Jacut il y a 2 ans) nous en profiterions pour faire en même temps l'AG annuelle. Anne Sophie Rouxel peut nous accueillir à Moncontour : Un Doodle pour fixer la date va vous être proposé.

PROCHAINE RENCONTRE:

-le 20 septembre 2018

13h30 - 16h

LIEU à définir

TELEPHONE

SUJET