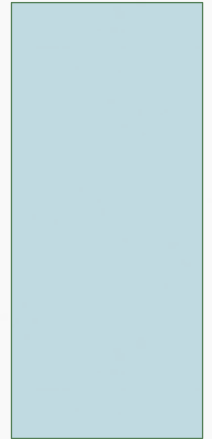


NEUROPSYCHOLOGUE DU GRAND ÂGE ?

UNE SPÉCIALITÉ OU UN CASSE-TÊTE ?
SGOC 20 ET 21 MAI 2016 ST MALO



PSYCHOLOGUE SPÉCIALISÉ EN NEUROPSYCHOLOGIE

- Ce terme est plus en accord avec les principes qui guident notre pratique. La neuropsychologie clinique fournit une compréhension scientifique entre Cerveau et Fonctions cognitives. Cette pratique nécessite donc des compétences cliniques et des connaissances dans les domaines de la pathologie mentale, des neurosciences et de la neurologie.

MISSIONS

- Psychologue, à plein temps, dans une équipe mobile Psychiatrie/Gériatrie, j'interviens auprès de patients de plus de 65 ans, 75 ans en gériatrie, dans des services très différents.
- Activités:
 - Revalidation cognitive (atelier de stimulation cognitive dont la médiation est le patrimoine);
 - Psychoéducation (formée à l'éducation thérapeutique je peux agir dans la prévention et aborder des notions comme la conduite automobile);
 - Evaluation neuropsychologique.

DÉMARCHE INTERDISCIPLINAIRE

- Les objectifs à ne pas perdre de vue sont :
 - mesurer les compétences émotionnelles,
 - cognitives et comportementales (voire relationnelles).
 - cela en insistant sur les capacités préservées pour établir une démarche de revalidation.
- L'idée fondamentale est de permettre à la personne de retrouver une certaine qualité de vie, voire pour certains, retrouver une autonomie relative.

CONCRETEMENT

- Mr R., patient de 81 ans, MMSE à 29/30 en Octobre 2015.
 - adénocarcinome de la tête du pancréas non ré sécable;
 - Septembre 2015, chimiothérapie;
 - Mars dernier il est à sa 13ème cure. Difficile du fait des oublis de rendez-vous de la part de Mr R.
- Se pose la question d'une évaluation pour mesurer la présence de troubles cognitifs et évaluer l'état psychique de ce patient. REFUS.
- Etat thymique est inquiétant, hospitalisé en service de psychiatrie.
- Le travail de soutien réalisé à ce moment là permet de réfléchir un éventuel placement en E.H.P.A.D. Réalisé au mois de Mai.
- S'habitue progressivement à son nouveau lieu de vie et il est prévu de réaliser un bilan, qu'il accepte cette fois, pour réfléchir à la mise en place d'aides éventuelles.

LE PSYCHIATRE

- Mme R., patiente de 73 ans, Manifestations de premier plan: dépression et anxiété.
- Grande dépendance à l'environnement. Personnalité à connotation «hystérisiforme ».
- Passage aux urgences 6 fois ces 3 dernières semaines.
- Anosognosie partielle.
- Éléments hypochondriaques quasi-délirants. Très dépendante de son fils.
- Négligence physique et des convenances sociales.
- Après plusieurs entretiens et bilans neuropsychologiques appropriés, on observe :
 - Des déficits majeurs aux épreuves mettant en jeu les lobes frontaux.
 - Une structure de personnalité confirmée par le test de Rorschach.
 - Une hypothèse émerge alors d'une DFT, dans le cadre d'une personnalité difficile.
- Scintigraphie demandée.
- Le retour à domicile va être discuté avec la famille.

CONSULTATIONS PRÉ OPÉRATOIRES TAVI (TRANSCATHETER AORTIC VALVE IMPLANTATION).

- Mr F, 77 ans, présentant une démence d'Alzheimer, dès notre premier entretien, il ne peut me donner son nom et son prénom.
- Je réalise le LAST et la SIBab, l'aphasie est au premier plan.
- Il ne dispose plus de la fonction anti-stress de la parole, la situation opératoire qui arrive ne peut qu'engendrer de la souffrance.
- Regard est chargé d'angoisses/incompréhension de la situation.
- Sa femme exprime, auprès du médecin, son souhait de voir son mari opéré pour dit-elle « ne pas le perdre ».
- Accompagnement de l'aidant, accompagner « ce deuil blanc ».

EN E.H.P.A.D.

- Parlons de Mr B. Équipe alertée car Mr B. présente des troubles du comportement à titre d'agressivité et de désinhibition;
- Diagnostic de démence d'Alzheimer ; on note dans les antécédents un alcoolisme chronique et une Lipomatose I.
- Le médecin se pose la question du diagnostic, démence d'Alzheimer ou démence « alcoolique » ?
- Ce patient, sous traitement, pourrait être pris en charge d'une façon plus adaptée à sa pathologie.
- Le bilan neuropsychologique confirme le diagnostic posé. Les troubles du comportement sont liés à l'aggravation de la pathologie.
- Formation de l'équipe de l'E.H.P.A.D. aux troubles Psycho-comportementaux de la démence proposée.

HORS PROTOCOLE

- Le champ des réponses est alors plus vaste, plus complexe.
- Comprendre le fonctionnement cognitif actuel d'un individu, il est nécessaire de:
 - Donner des explications accessibles,
 - Sonder ses désirs et ses aptitudes,
 - Repérer ses mécanismes de défense,
 - Respecter son individualité.

ETRE UN BON TECHNICIEN MAIS RESTER CLINICIEN

- Bien connaître ce qui existe comme matériel et son contexte d'application (âge de la personne, niveau scolaire, troubles perceptifs,...).
- Rester « clinicien » en repérant les modalités de fonctionnement de la personne et repérer ce qui fait résonance.

ETRE UN ETHICIEN AVANT TOUT

- Quatre grands principes à respecter:
 - Bienfaisance,
 - Non malfaisance,
 - Respect de l'autonomie,
 - Justice et équité.

CONCLUSION

- Pour comprendre le fonctionnement global d'un patient il est primordial de bien choisir les options de tests:
 - Donner des explications accessibles;
 - Sonder chez chaque patient ses désirs,;
 - Repérer ses résistances;
 - Respecter ses mécanismes de défense.
- Il faut donc être à la fois un « technicien chevronné » et un « clinicien appliqué » et un « éthicien respectueux ».
- Gardez toujours à l'esprit: « Que faut-il faire pour bien faire? »

BIBLIO ET SITO GRAPHIE

- Gil R. Neuropsychologie. Ed. Elsevier Masson. 2014.
- Thomas-antérion C. et Barbeau E. Neuropsychologie en pratique(s). Ed. SOLAL. 2011.
- Site de l'Ofpn.fr Site de l'organisation française des psychologues spécialisés en neuropsychologie.