**ARC A6 – GÉRONTOPSYCHIATRIE**

**Disponible à la bibliothèque en ligne seulement**

1. **APPROCHE THÉRAPEUTIQUE**

**Pharmacologique**

Retrait ou diminution de la médication « dangereuse », éviter polypharmacie

Benzodiazépines, glucocorticoïdes, anticholinergiques…

Antipsychotiques chez la personne âgée

« Start low, go slow »

Réévaluation fréquente

Risque d’effets extrapyramidaux vs métaboliques vs « black‐box warning »

Inhibiteurs de l’acétylcholinestérase et mémantine

Rôle (cognition +/‐ symptômes comportementaux)

Effets secondaires, contre‐indications, bilan

Évolution attendue (traitement non curatif)

Autre médication chez la personne âgée

Lithium (dosage, interactions médicamenteuses, troubles cognitifs, bilan)

Antidépresseurs (dépression, impulsivité ou labilité affective 2° à démence… Utiliser les effets secondaires,>
tels appétit, somnolence… Attention à hyponatrémie, hypertension, troubles cardiovasculaires…

Thiamine si ROH (benzo si sevrage)

**Psychosociale**

Choix du milieu de traitement

Hospitalisation (dangerosité, observation)

Hôpitaux de jour, suivi externe…

Hébergement

Éducation auprès des proches, reconnaître le risque d’épuisement du réseau

Groupes de pairs et ressources communautaires, réaménagement du milieu, routine, aide visuelle, rappels mnésiques, thérapie cognitive, comportementale, réminiscence…

**B) DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS**

Schizophrénie tardive vs paraphrénie

Trouble délirant

Trouble de l’humeur avec caractéristiques psychotiques (dépression ou manie)

Délirium, médication, infections…

Démence à corps de Lewy

Syndrome de Charles‐Bonnet

**SCHÉMA ORGANISATIONNEL**

**Notion d’évaluation longitudinale**

Fonctionnement prémorbide

Personnalité

Antécédents psychiatriques

Diminution par rapport au fonctionnement antérieur

Humeur

Type d’évolution

Début soudain vs progressif

Évolution par paliers vs détérioration progressive vs fluctuations

Observation

Relation temporelle avec moment de la journée (stresseur, douleur, noirceur (Charles‐Bonnet), «sundowning» ou inversion du rythme circadien (démence)…

**Importance de l’évaluation médicale**

Maladies ou signes et symptômes associés

Maladie et facteurs de risque cardiovasculaires (tabagisme, diète, embonpoint, diabète, infarctus…)

Troubles visuels et auditifs

Troubles neurologiques (AVC, ICT, maladie de Parkinson, chorée de Huntington…)

Troubles du sommeil REM (Lewy, Parkinson)

Autres (infections, maladies auto‐immunes, néoplasie, métastase…)

Examen physique ciblant les aspects précédents

Cœur, poumon, abdomen (souffles carotidiens…)

Attention particulière à l’examen neurologique (déficits focaux, apraxie, aphasie, agnosie, dysphasie, démarche, audition, vision…)

Médication et habitudes de vie

Médication anticholinergique (effet additif de la polypharmacie)

Glucocorticoïdes

Benzodiazépines

Changement de médication récent, essais pharmacologiques antérieurs

Alcool (intoxication, sevrage, trouble cognitif 2° à l’alcool, Wernicke‐Korsakoff)

Drogues

**Bilans et examens complémentaires**

Examens

Routine + Ca, Mg, B12, Folate, TSH, VDRL, toxicologie

ECG

Scan cérébral vs IRM vs imagerie fonctionnelle

EEG PRN

Audiométrie, vision PRN

Évaluations complémentaires

Importance du travail multidisciplinaire et de l’implication des proches

Connaître le rôle des intervenants (médecins, infirmière, ergothérapeute, psychologue, neuropsychologue, travailleur social…)

Connaître les batteries cognitives de base (Folstein, MOCA…), leurs indications et leurs limites