

Santé des personnes accompagnées : 3 « outils »

Stéphane Mouton
CEAA
Adapei 79

Le CEAA

- Au sein de l'Institut du Handicap Psychique (CEEA, HandiSanté, Réseau Réhab)
- Accueil de patients au long cours
- Evaluation diagnostique de personnes avec troubles du neurodéveloppement
- Soutien à la gestion de situations complexes : accueil au CEAA/in situ/visioconférence
- Personnes avec troubles du neurodéveloppement qui présente une dyscompliance aux soins dans le milieu ordinaire
- Partenariat ancien avec le milieu médico-social

Des personnes avec TSA...

- * Caractère spectral de la définition de l'autisme (DSM-5)
- * Trajectoire développementale / Diversité des parcours de vie
- * Comorbidités/Vulnérabilités Somatiques/Psychiques

Grande
variabilité
des
tableaux
cliniques

L'accès aux soins

- * Communication / Dyscommunication ?
- * Particularités sensorielles ?
- * Comportement / Troubles du comportement ?
- * Compliance / Dyscompliance ?

Adaptations /
Hyperadaptations

3 « outils »

1. Un outil de suivi de la personne accompagnée
2. Un outil d'aide à la réalisation des soins
3. Un outil d'aide à la prescription

3 « outils »

1. Un outil de suivi : une échelle d'appréciation du confort global

Nom: _____

Date : _____ (jj/mm/aa)

INSTRUCTIONS

Depuis les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a montré les comportements suivants.
Veuillez encrer le chiffre correspondant à chacun des comportements.

0 = Ne se présente pas du tout pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA ».	2 = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continue.
1 = Est vu ou entend rarement (à peine), mais présent.	3 = Vu ou entendu souvent, de façon presque continue. Un observateur noterait facilement l'action.
	NA = Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action

	0 = PAS OBSERVÉ	1 = OBSERVÉ À L'OCCASION	2 = PASSABLEMENT SOUVENT	3 = TRÈS SOUVENT	NA = NE S'APPLIQUE PAS
Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle fortement	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: cri, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affalé	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touches, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex. : fléchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle court, coupé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
Total:	0 +	.	.	0	=

Évaluation : Total 6 – 10 = douleur légère; Total 11+ = douleur modérée ou sévère.

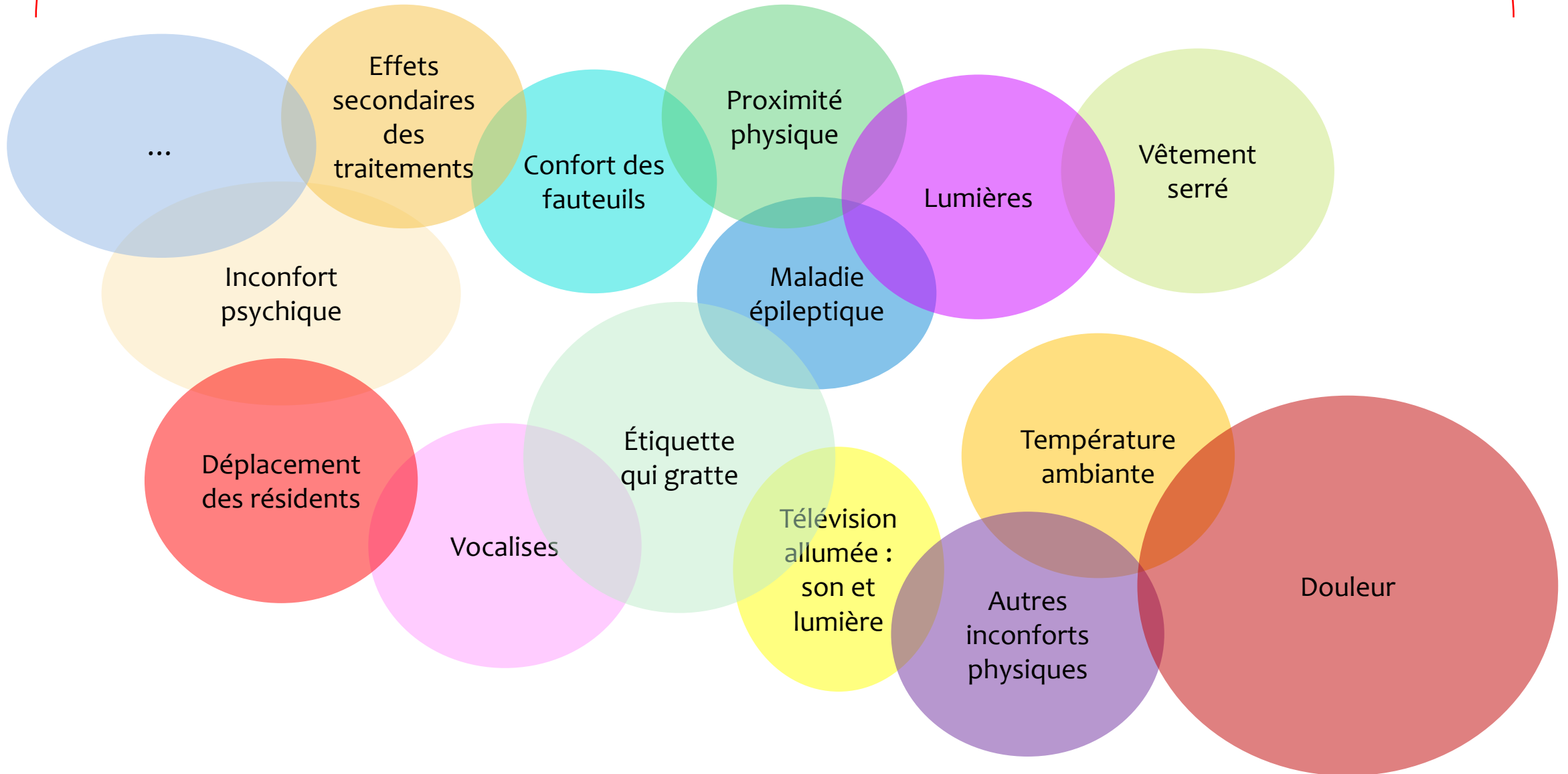
Au-delà de la question de la douleur, dans un 1^{er} temps :

→ **élargir la focale : repérer les inconforts**

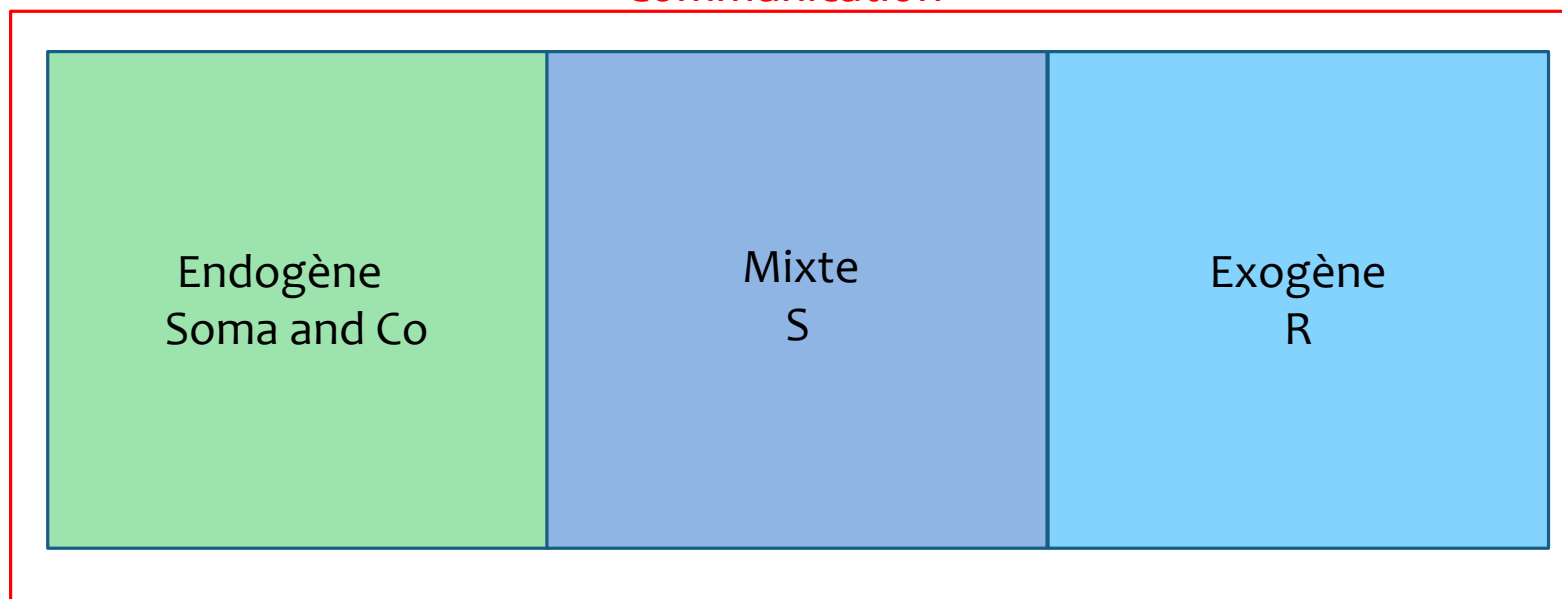
« Caractère désagréable, incommode d'un état dans lequel se trouve quelqu'un, un groupe » *Larousse*

Physique / Psychique / Non identifié

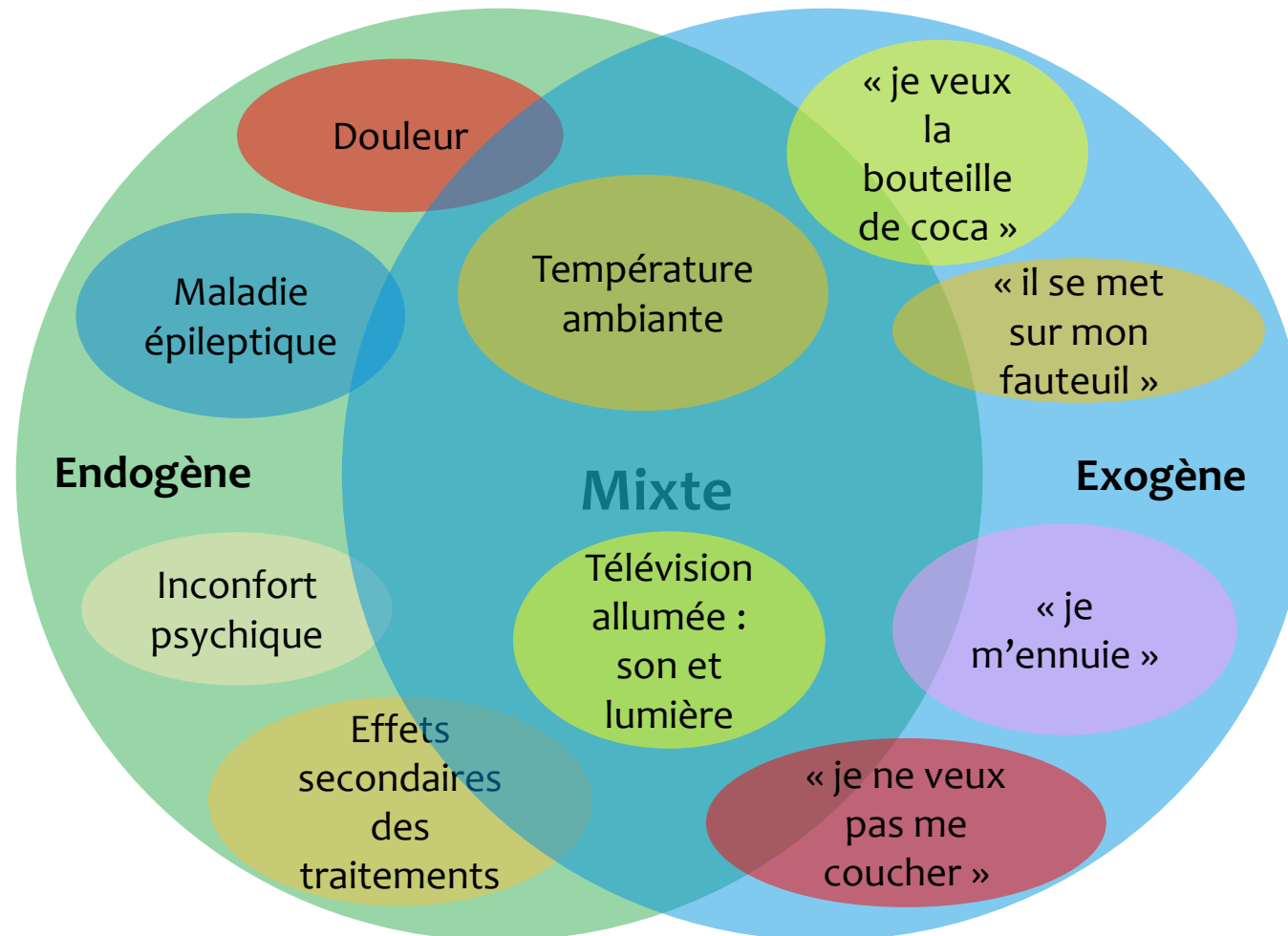
Des inconforts



Communication



Des hypothèses multiples

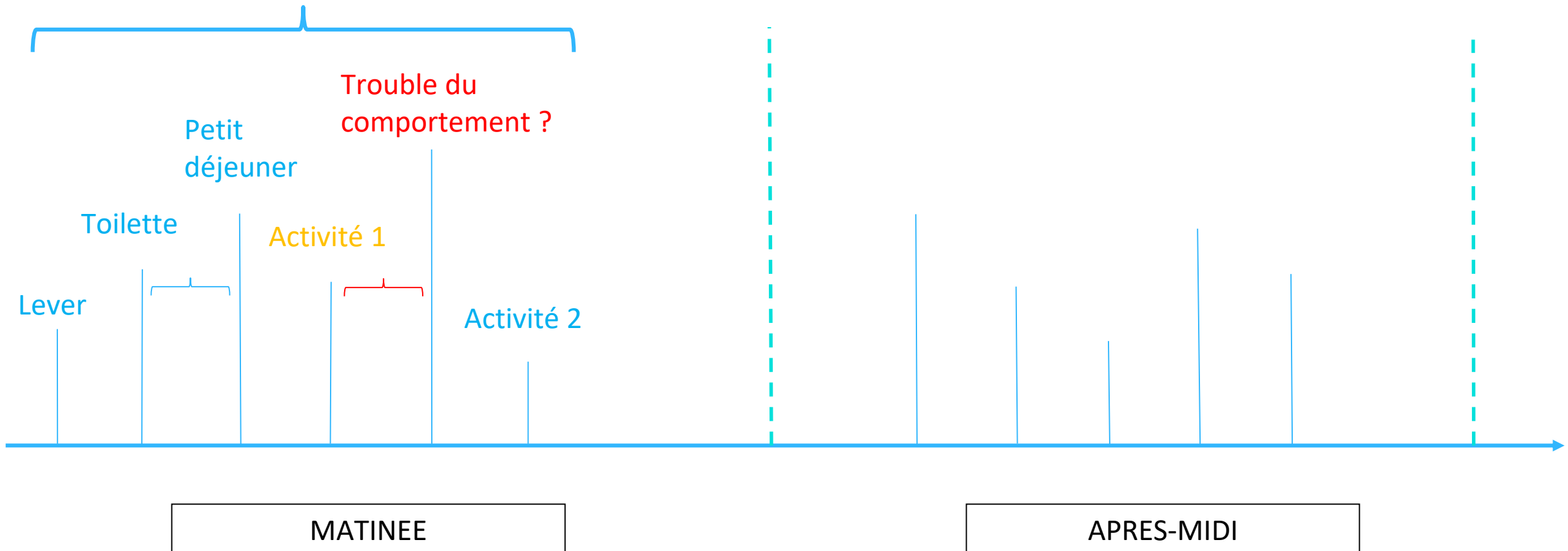


Accompagnement /
Observations



1^{ère} appréciation
du confort global

2^{ème} appréciation
du confort global



ÉCHELLE D'APPRÉCIATION DE L'ÉTAT DE CONFORT GLOBAL DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

Caractéristiques de l'échelle :

- ✓ **Intérêt d'un suivi au long cours** pour repérer **les ruptures de continuité** de l'état de confort global de la personne accompagnée.
- ✓ **Public concerné** : toute personne dyscommunicante.
- ✓ **Un seul item** :
 - « *Comment appréciez-vous l'état de confort global de la personne que vous avez accompagnée pendant une période définie (ex. matin ou après-midi) ?* ».
- ✓ **Cotations** de 0 à 10 (0 : confort global minimal - 10 : confort global optimal).
- ✓ **Cotations par** : tout membre de l'équipe d'accompagnement de la personne (cotation possible à plusieurs).
- ✓ **Reporter le résultat** sur un support choisi (logiciel type Sphinx par exemple).
- ✓ **Entre 2 et 3 cotations** par jour.
- ✓ **La cotation est effectuée sans se référer aux cotations précédentes** (cotation en aveugle).

ECHELLE D'APPRECIATION DE L'ETAT DE CONFORT GLOBAL DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE

Nom et prénom du patient :

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	

Moment de la journée :

Matin ✓	Après-Midi
----------------	------------

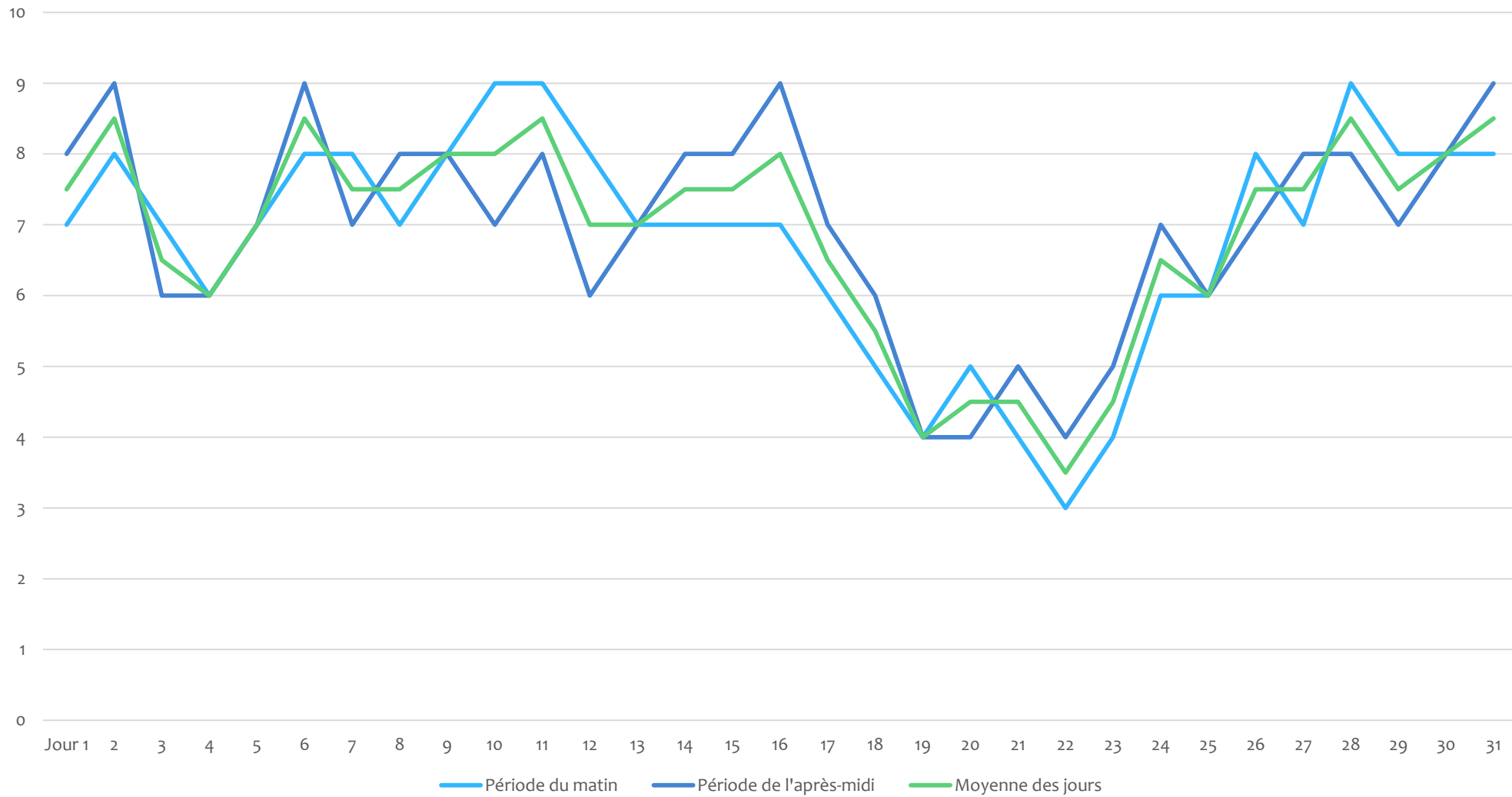
Comment appréciez-vous l'état de confort global de la personne que vous avez accompagnée pendant la période définie (matin ou après-midi) ?

0 : confort minimal / 10 : confort optimal

0 ✓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

✓ Enregistrer

Appréciation de l'état de confort global - Mois



- * Simplifier le recueil des données
- * Considérer l'appréciation clinique des accompagnants du quotidien
- * Evaluer des périodes de temps représentatives d'un « état » global
- * Court terme : Aider à mieux discriminer/objectiver les changements d'état
- * Long terme : Suivi au long cours avec analyse rétrospective
- * Aider à mieux apprécier la qualité de vie de la personne accompagnée

Favoriser la prévention

- ✓ Primaire : prévenir l'apparition des maladies
- ✓ Secondaire : agir au stade précoce
- ✓ Tertiaire : agir sur les complications et les risques de récurrence
- ✓ ...

- Des bilans somatiques systématiques
- Développement des soins au plus près du lieu de vie/milieu ordinaire
- Des structures dédiées aux soins somatiques
- Banalisation et diffusion de la démarche

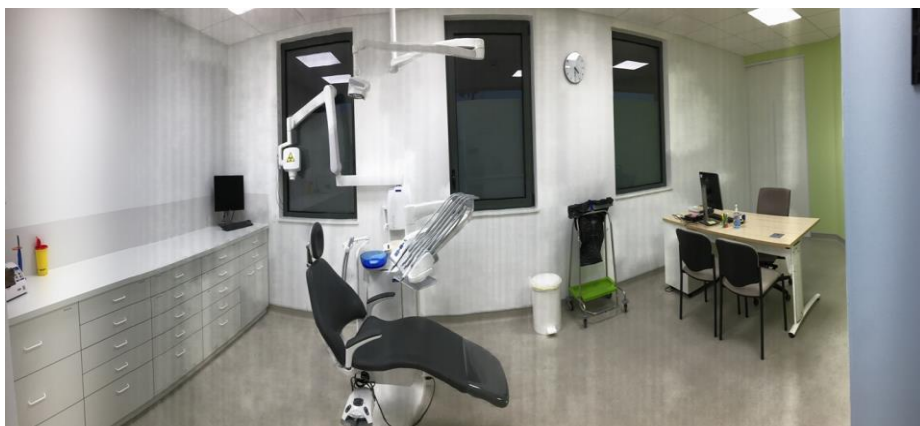


L'habituatation

Des adaptations / locaux



Salle d'examen médical



Salle d'examen dentaire



Infirmierie

Des adaptations / moyens humains

IDE

AS/AMP

médecins

secrétaire

dentiste

sage-femme

Sensibilisés au handicap et expérimentés

Des adaptations

- Le temps
- MEOPA et/ou prémédications
- PASS / Papoose board

3 « outils »

1. Un outil de suivi : une échelle d'appréciation du confort global
2. Un outil d'aide à la réalisation des soins : le PASS



{ **Exemple de prise en
soin somatique**

Autour de l'outil

Troubles du
comportement

Comorbidités
psychiatriques

Prescription de psychotropes

Effets des
Traitements sur
les symptômes ?

Effets
secondaires/
indésirables des
traitements ?

La prévention

✓ ...

✓ Quaternaire

3 « outils »

1. Un outil de suivi : une échelle d'appréciation du confort global
2. Un outil d'aide à la réalisation des soins : le PASS
3. Un outil d'aide à la (dé)prescription : dosage / pharmacogénétique des psychotropes

Des principes

- Monothérapie
 - Diversifier les familles thérapeutiques
 - Evaluer les traitements
 - Si pas de résultat, arrêt du traitement
 - Augmentation et baisse progressive
-
- *Ne pas résumer l'évolution de la personne au seul facteur de prescription médicamenteuse*

Contexte complexe

Polymédication



- Difficulté d'identification des symptômes et donc du choix de la cible
 - Anxiété ?
 - Troubles de l'humeur ?
 - Agressivité (irritabilité) ?
 - Epilepsie ?
 - Eléments délirants ?
 - Troubles du sommeil ?
 - Extinction des troubles du comportement !!

- Effets attendus et/ou effets indésirables ?
 - Sédation
 - Apragmatisme
 - Aboulie
 - Tremblements, constipation, dyskinésies,... → AEG

- Interventions ?
 - Par essais et erreurs
 - Instabilité du traitement
 - Prescription en réaction

Confusion

Exemple de situation complexe typique

- Patient jeune en MAS avec TSA et DI associée sans langage verbal fonctionnel
- Aggravation régulière de l'état : autostimulations  automutilations
- Augmentation régulière du traitement psychotrope : trouble de l'humeur, bipolarité ?
- Evolution du tableau neurologique / effets secondaires ?
- Essai de sevrage d'une molécule engendre un état confusionnel
- Au total, 6 molécules psychotropes dont neuroleptiques/ bzd/ régulateurs de l'humeur/ correcteur  quelles stratégies d'adaptation de traitement ?

Situation complexe typique

- Equilibre précaire dans le déséquilibre
- Peu de maîtrise des facteurs endogènes / mixtes (« soma and co », sensoriel)
- Difficulté de prise en compte des aspects exogènes (environnement, relation, ...)
- Inflation des traitements psychotropes / changement fréquent / appréciation de l'efficacité pas aisée
mais prescription = facteur le plus facilement identifiable..

Situation complexe typique

- Molécules X,Y,Z + environnement « stable » ?
- Trouble du comportement \longrightarrow A \longrightarrow amélioration du patient « Bravo A »

En fait A interagit avec X et [X] augmente ... (« Bravo X ! »)

- (Environnement modifié) \longrightarrow aggravation du patient
- On augmente dose A \longrightarrow effets indésirables ! « A nul »

En fait [X] augmente aussi...

- \longrightarrow B et sevrage progressif en A \longrightarrow amélioration du patient « Bravo B »

*En fait B n'a pas d'effet direct sur la clinique mais interagit avec Y... [Y] baisse
le sevrage de A entraine la baisse de [X] ...*

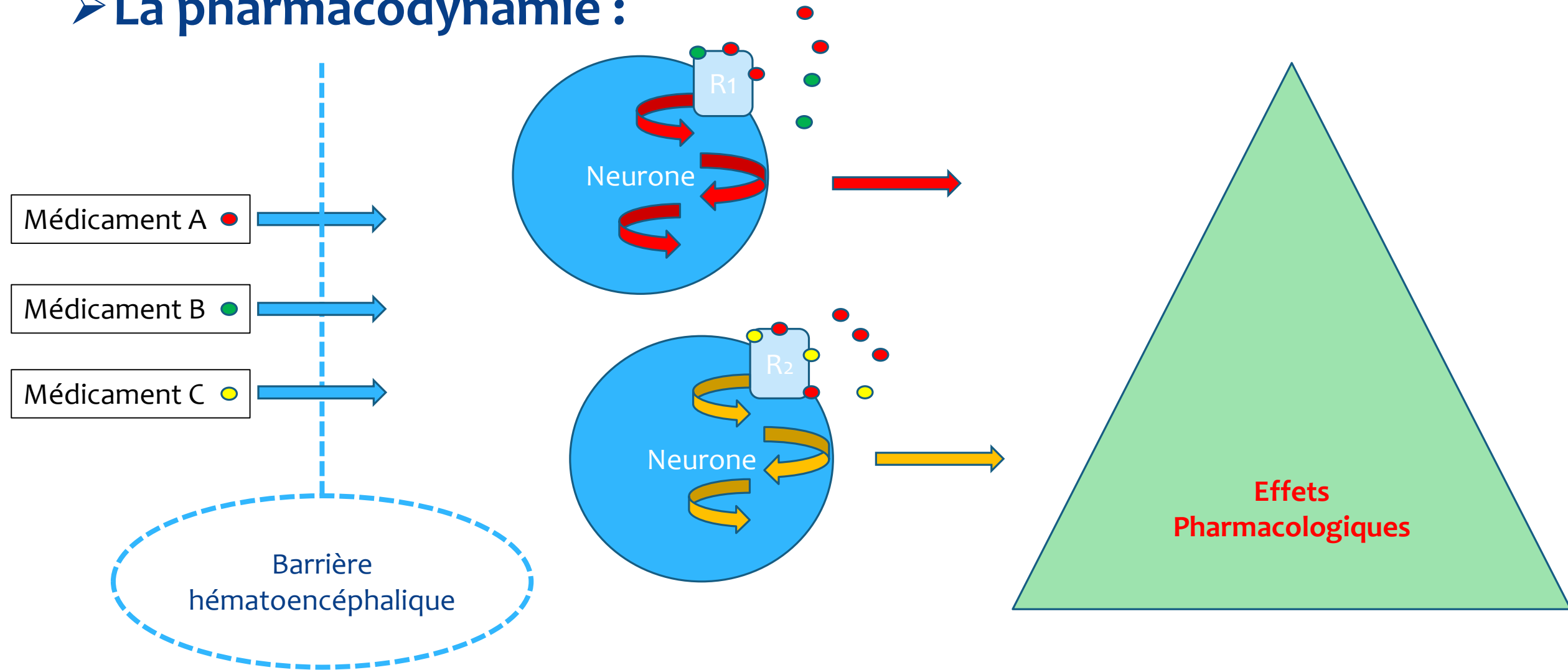
En réalité, X est bénéfique sur la clinique. Y sans effet bénéfique mais responsable d'effets secondaires, et Z sans effet direct sur la clinique... et pourtant « Bravo A » puis « Bravo B »

Deux aspects à prendre en compte

- **La pharmacodynamie :**
« ce que fait le médicament au corps »

- **La pharmacocinétique :**
le devenir du médicament dans l'organisme

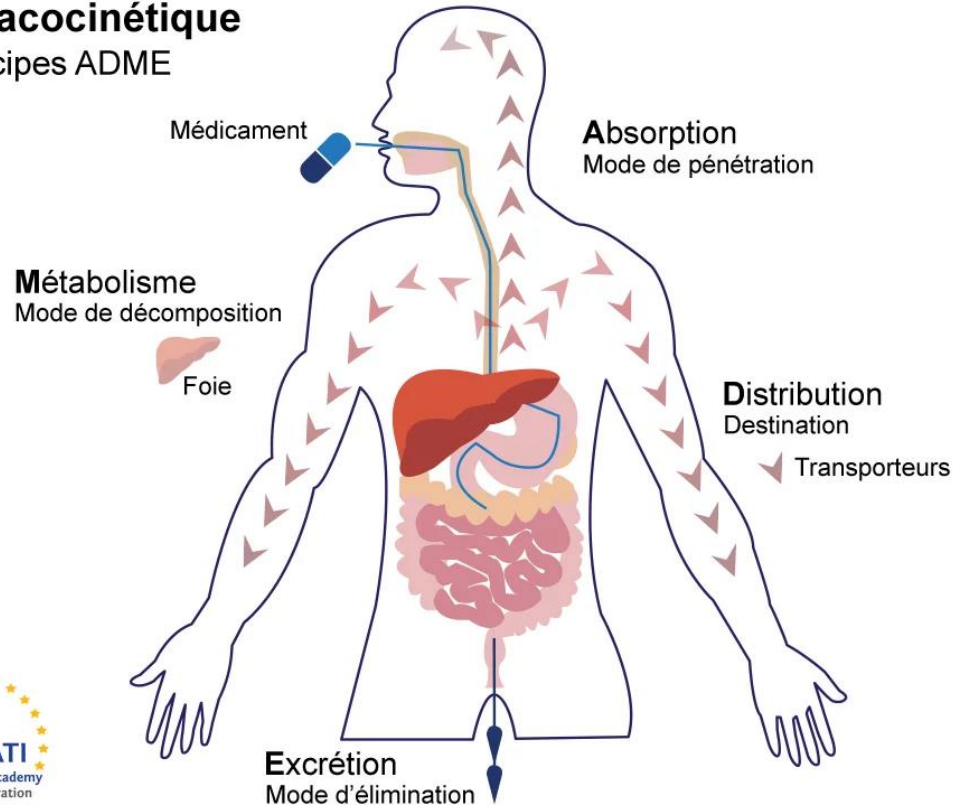
➤ La pharmacodynamie :



➤ La pharmacocinétique :

Pharmacocinétique

Les principes ADME



Absorption : Bonne absorption des molécules psychotropes
Pic plasmatique compris entre 1h et 6h en moyenne

Distribution : Distribution rapide des molécules entre le compartiment sanguin et le compartiment cérébral
[Cérébrales] > [Sanguines]

Elimination (demi-vie d'élimination $t_{1/2}$) : **Temps nécessaire après administration pour que la concentration sanguine de la molécule soit diminuée de moitié.**
Moyenne comprise entre 12 et 36h (demi-vie)

Demi-vies courtes (2 à 10h) : Venlafaxine, quétiapine, rispéridone

Demi-vies longues (pls jours) : Fluoxétine, aripiprazole

Deux aspects à prendre en compte

- **La pharmacodynamie dans les situations (très) complexes :**
 - Peu de pistes sur la clinique prototypique / médicaments à cibles multiples et donc à effets multiples
 - Extinction des troubles du comportement !
 - Appréciation de l'efficacité douteuse (prise en compte de l'environnement instable, inapproprié ? de l'état de santé ?...)
 - Effet indésirables (Exemple des neuroleptiques+++ (dyskinésies, troubles de l'accomodation , dysurie, constipation, sècheresse de bouche...))
 - Sédation !

Deux aspects à prendre en compte

➤ La pharmacocinétique dans les situations (très) complexes :

- Dosage plasmatique de chaque produit
- Influence de la santé
- Interactions médicamenteuses
(Effets de prescription ou de déprescription conjointe)
—————> Anticipation pour meilleure prescription

Démarche intégrant la pharmacogénétique et le Suivi Thérapeutique Pharmacologique

- ✓ Dans les situations très complexes
- ✓ En cas d'échec thérapeutique
- ✓ **Polymorphisme pharmacogénétique**
 - Prendre en compte les variations interindividuelles
 - Prendre en compte les interactions médicamenteuses potentielles en résultant

→ **Mieux cibler les prescription**

- ✓ Souvent d'abord dans un but de déprescription / éclaircissement du traitement
 - Diminuer les interactions médicamenteuses
 - Diminuer les potentiels effets secondaires

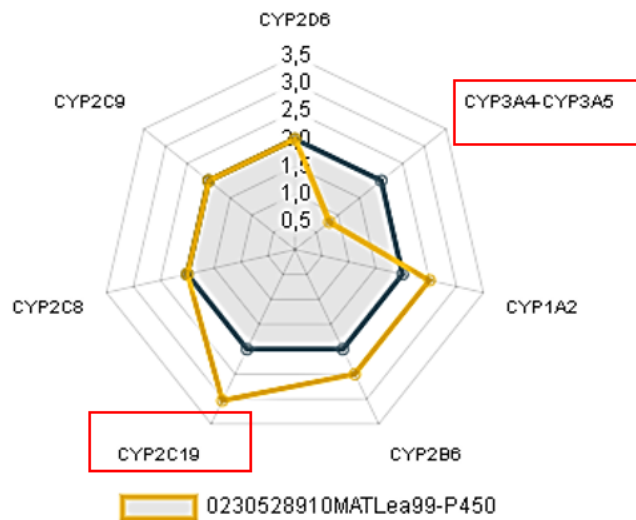
Cas concret : ce que peut en déduire le biologiste

Graphique 1 : Profil pharmacocinétique global du patient d'après www.pharmgkb.org

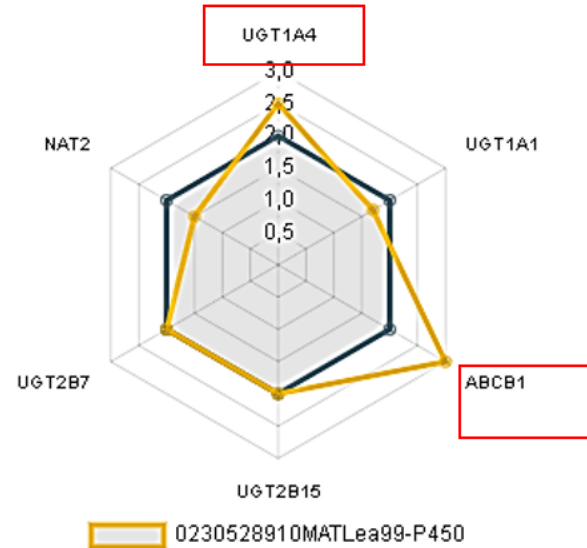
> 2 : « Activité métabolique augmentée »

< 2 : « Activité métabolique diminuée »

Enzymes de Phase 1 (Fonctionnalisation)



Protéines de Phase 2 et 3 (Conjugaison et Elimination)



Patient avec un métabolisme rapide pour tous les médicaments passant par le CYP2C19, ABCB1 et UGT1A4

⇒ Résistance par défaut

⇒ STP indique une concentration basse

Le bleu représente le score d'activité usuelle
Le jaune représente le score d'activité du patient

Cas concret : ce que peut en déduire le biologiste

Tableau de synthèse: les % prédits attribués à chaque protéine (CYP, ABCB1 et UGTs) prend en compte le médicament et le profil pharmacogénétique du patient

Molécules	Prédiction du score global métabolique (% de variation par rapport à la référence)	Score global de référence	Effet
RISPERIDONE	105%	100%	Effet attendu pour une posologie standard
ARIPIRAZOLE	90%	100%	Risque de sur-exposition aux médicaments substrats (diminution du CYP3A4): Effets potentiels (thérapeutiques et indésirables) à la posologie standard
SERTRALINE	120%	100%	Risque de sous-exposition aux médicaments substrats (inductibilité du CYP2C19 et forte expression ABCB1) : Augmentation du risque de résistance pharmacologique

Une prédiction globale peut être faite par molécule, mais attention elle ne prend pas en compte les interactions médicamenteuses

Et la douleur...

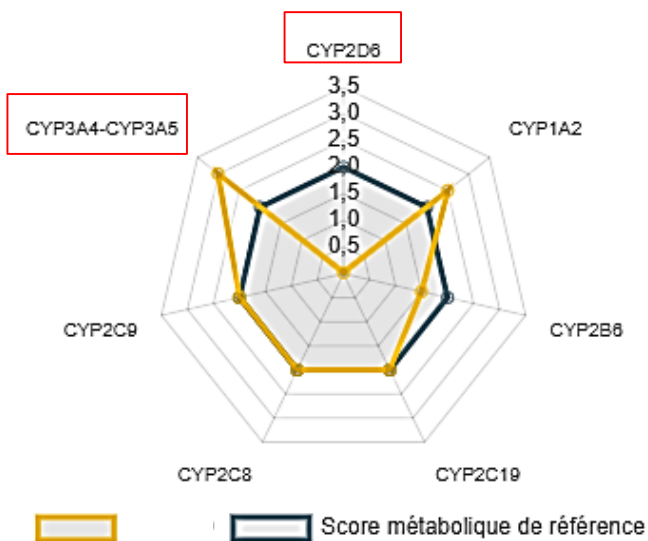
PROFIL PHARMACOGÉNÉTIQUE GLOBAL DU PATIENT D'APRÈS WWW.PHARMGKB.ORG

> 2 : "Activité métabolique augmentée"

< 2 : "Activité métabolique diminuée"

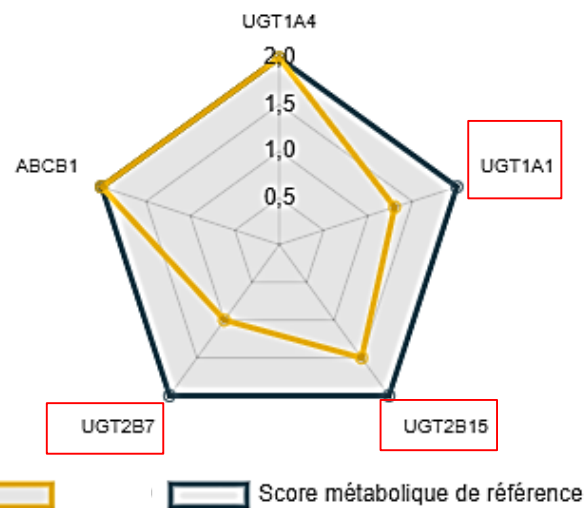
Enzymes de Phase 1

(Fonctionnalisation)



Protéines de Phase 2 et 3

(Conjugaison et Élimination)



<p>Codeine</p>	<p>Codeine (NEO-CODION®) (molécule mère active - demi-vie moyenne de 3h) Pharmacodynamie : agoniste μ (<i>OPRM</i>) Pharmacocinétique Transporteurs : SLC22A1 – ABCC2 (bile) – ABCC3 – ABCB1 (bile) Enzymes de phase I : CYP2D6 (morphine active avec affinité 200x plus forte par rapport à la codéine) (15%) – CYP3A4 (norcodeine active) (10-15%) Enzymes de phase II : UGT2B7 (codeine-6-glucuronide active) (50-70%)</p>	<p>Risque de sur-exposition aux médicaments substrats : Effets majorés potentiels (indésirables) à la posologie standard résistance pharmacologique</p>
<p>Tramadol</p>	<p>Tramadol (CONTRAMAL®, TOPALGIC®) (molécule mère active - demi-vie moyenne de 5-7h) Pharmacodynamie : agoniste μ (<i>OPRM</i>) > inhibiteur NET (<i>SLC6A2</i>) - inhibiteur SERT (<i>SLC6A4</i>) Pharmacocinétique Transporteurs : SLC22A1 – ABCC2 Enzymes de phase I : CYP2D6 (O-desmethyltramadol actif avec affinité 200x plus forte par rapport au tramadol : 5,4-9,6h) – CYP3A4 – CYP2B6 (N-desmethyltramadol inactif) Enzymes de phase II : UGT2B7 (O-desmethyltramadol-glucuronide inactif)</p>	<p>Risque de sous-exposition aux médicaments substrats : Augmentation du risque de résistance pharmacologique Résistance pharmacologique</p>
<p>Morphine</p>	<p>Morphine (SKENAN®, ACTISKENAN®) (molécule mère active - demi-vie moyenne de 2-6h) Pharmacodynamie : agoniste μ (<i>OPRM</i>) (affinité 200x plus forte par rapport à la codéine) > agoniste κ (<i>OPRK</i>) Pharmacocinétique Transporteurs : SLC22A1 – ABCC2 (bile) – ABCC3 – ABCB1 (bile) Enzymes de phase I : CYP3A4 – CYP2C8 (normorphine inactive) Enzymes de phase II : UGT2B7 (morphine-3-glucuronide inactive (60%) et morphine-6-glucuronide active (5-10%))</p>	<p>Risque de sous-exposition aux médicaments substrats : Augmentation du risque de résistance pharmacologique</p>

- Dans les situations cliniques (très) complexes
- Identifier les molécules à moindre risque d'effets indésirables
- Une aide à la prescription... ou à la déprescription / Eclaircissement du traitement
- Développement en cours de la pharmacodynamie

Un « 4ème outil » = la génétique

Merci de votre attention



Centre Expertise Autisme Adultes