

Cheminer avec un proche souffrant de troubles cognitifs

Dr Dropsy Ingrid, psychiatre
CEME
15/09/23



Sommaire

- ▶ Introduction
- ▶ Définitions
- ▶ Types de symptômes psycho-comportementaux
- ▶ Approche physiopathologique
- ▶ Signification des symptômes psycho-comportementaux
- ▶ Connaissance et observation de la personne
- ▶ Traitements
- ▶ Suivi et prévention des SPC
- ▶ Conclusions

Introduction ^{1,3}

- **Les symptômes psycho-comportementaux (SPC):**
- participent à la **désadaptation** du sujet âgé et **diminuent ses capacités de socialisation** (famille, institution)
 - peuvent entraîner des **conflits relationnels** et **accélérer le déclin cognitif**
 - peuvent **diminuer la qualité de vie** et **épuiser l'entourage** (!maltraitance/négligence)
 - peuvent souvent **induire une hospitalisation** et/ou une **institutionnalisation**

Définitions ¹

- ▶ Onen: les **symptômes psycho-comportementaux** peuvent se définir comme des conduites et des attitudes **inadaptées aux lieux et aux situations** en référence aux **normes culturelles** communément admises
- ▶ Ils gênent souvent davantage l'entourage que le malade lui-même
- ▶ ----> définitions **relatives**

Types de symptômes psychocomportementaux^{1,2,3}

- ▶ Souvent précoces
- ▶ Pénibilité augmente souvent en parallèle de l'évolution de la maladie
- ▶ Il est souvent plus facile de pointer un élément déclencheur en début de maladie que lorsqu'elle est plus avancée
- ▶ Symptômes « négatifs » versus symptômes « positifs »
- ▶ Intensité, fréquence fluctuantes
- ▶ Souvent associés

Types de symptômes psychocomportementaux^{1,2,3}

► SPC « négatifs »:

- Les plus fréquents
- Clinique:
 - Apathie: trouble du comportement **le plus fréquent**, souvent corrélé à la gravité de la démence
trouble de la motivation et de l'initiative motrice, cognitive, affective
souvent confondue avec la dépression
 - Conduites régressives: refus de s'alimenter ou de prendre son traitement

Types de symptômes psychocomportementaux ^{1,3}

► SPC « négatifs »:

- Clinique:

- Indifférence à soi-même et aux autres
- Mutisme, retrait, démotivation globale
- Tristesse
- Troubles sphinctériens:
 - Incontinence nocturne en 1^{er}
 - Puis nocturne et diurne
 - Incontinence fécale plus rare, dans les formes évoluées

Types de symptômes psychocomportementaux ^{1,2,3}

► SPC « négatifs » :

- Clinique:
 - Troubles du sommeil:
 - Troubles voire inversion du rythme veille/sommeil
 - Hypersomnolence diurne avec éveils multiples
 - Insomnie calme
 - Troubles du comportement alimentaire:
 - Variables
 - Anorexie ---) amaigrissement
 - Troubles de la satiété
 - Comportement boulimique plus rare
 - Grignotage « sucré »
 - Refus de s'alimenter
- Passent inaperçus ou sont bien tolérés
➔ pas dérangeants

Types de symptômes psychocomportementaux^{1,2,3}

► SPC « positifs »:

- Perturbateurs ou dérangeants
- Clinique:
 - Agitation: activité inappropriée, verbale, vocale ou motrice. Selon les auteurs, présente dans 50 à 90% des situations
Association fréquente avec l'agressivité
 - Anxiété: présente dans 50% des cas, un des signes les plus précoces, peut être présente à tous les stades de la maladie et tendance à se majorer avec l'évolution
 - Aggressivité (verbale et/ou physique): plutôt violence en réaction à une interaction mal supportée (toilette, soin, traitement, etc.)

Types de symptômes psychocomportementaux ^{1,2,3}

► SPC « positifs »:

- Clinique:
 - Cris
 - Comportements moteurs aberrants (activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié: **déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, ...**)
 - Désinhibition (comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales) ---) comportements sexuels entre autres

Types de symptômes psychocomportementaux ^{1,2,3}

► SPC « positifs »:

- Clinique:
 - Hallucinations:
 - Apparition tardive
 - Fluctuantes et parfois fugaces
 - Surtout visuelles
 - Idées délirantes:
 - Apparition tardive
 - Convictions fausses et inébranlables mais fluctuantes
 - Thématique du vol fréquente

Types de symptômes psychocomportementaux ^{1,2,3}

► SPC « positifs »:

- Clinique:
 - Troubles de l'identité:
 - Stade évolué de la maladie
 - Perte de reconnaissance (lieu, personnes)
 - Troubles de la reconnaissance de sa propre image
 - Fausses reconnaissances
 - Phénomène de « fantôme »: conviction erronée d'une présence
- Evolution:
 - Fréquence semble augmenter avec l'évolution de la démence

Approche physiopathologique ¹

► Approche psychopathologique:

un SPC apparaît à chaque fois qu'une tension interne est trop importante pour le sujet et que celui-ci n'arrive plus à lui donner du sens et/ou à s'y adapter.

► Approche physiopathologique:

selon les zones du cerveau qui sont touchées, les SPC seront différents

Signification des symptômes psycho-comportementaux ^{1,2,3}

- ▶ Jamais gratuits et jamais faits exprès!
- ▶ Facteurs favorisants et/ou précipitants observables ou qui restent inconnus
- ▶ But ---) compréhensible?
- ▶ SPC=symptôme et non maladie
- ▶ Souvent plusieurs facteurs déclenchant ou entretenant le trouble
- ▶ Caractère aigu ou chronique (caractère aigu est le plus souvent organique)

Signification des symptômes psycho- comportementaux ²

► Démarche diagnostique: analyse de la situation

- Où?
 - Dans quelles circonstances?
 - Quelle situation
- Quand?
 - Facteurs déclenchants?
 - Changement récent?
 - À quel moment de la journée?
- Comment?
 - Quel est ce trouble?
 - Depuis combien de temps?
- Pourquoi?
 - Quel sens donner?

Signification des symptômes psycho-comportementaux ^{1,2,3}

► Causes des SPC:

- Souvent non exclusives
- Causes physiques:
 - État confusionnel
 - Douleurs: parfois seulement exprimées par des troubles du comportement chez les personnes démentes
 - Autres causes d'inconfort physique (idem confusion): globe urinaire, constipation voire fécalome, difficultés respiratoires, dénutrition, infection (souvent urinaire ou pulmonaire basse), trouble métabolique, trouble cardio-vasculaire, trouble endocrinien, trauma, chirurgie, trouble neurologique ---) toujours rechercher une cause somatique!!

Signification des symptômes psycho-comportementaux ¹

- **Causes des SPC:**

- Causes physiques:

- ▶ Médicaments:

- certains médicaments peuvent causer des symptômes psycho-comportementaux ou les aggraver

- Causes psychiatriques:

- ▶ Dépression

- ▶ Anxiété (rarement isolée)

- ▶ Délire de préjudice

- ▶ Sentiment intarissable de solitude

- ▶ Sentiment d'insécurité

- ▶ Angoisse est souvent plus agie qu'exprimée

- ▶ Autre maladie psychiatrique décompensée

Signification des symptômes psycho- comportementaux ^{1,2,3}

- **Causes des SPC:**

- Causes environnementales:

- ▶ Le sujet est souvent perplexe devant un environnement qu'il ne comprend plus
 - ▶ Changements de situation, contraintes incomprises (en institution par ex.) ---) importance de relever les événements récents, même anodins
 - ▶ Entourage

Signification des symptômes psycho- comportementaux ^{1,2,3}

- **Causes des SPC:**

- Causes liées à la personnalité antérieure:

- ▶ Histoire de vie, caractère et personnalité avant la maladie, modes de réactions antérieurs face à des événements stressants
- ▶ Échec des tentatives d'adaptation aux situations nouvelles peut donner de l'agitation, de l'agressivité,... L'âge accentuant les traits de caractère

- Causes liées aux déficits sensoriels et cognitifs:

- ▶ Altération de la vision et de l'audition ---) information mal perçue
---) génératrice d'anxiété

Connaissance et observation du patient¹

- ▶ Les symptômes psycho-comportementaux des personnes démentes ne sont pas identiques. Ils ont un sens pour chaque personne. Ils justifient un comportement d'écoute qui permettra d'adopter des attitudes de soin et d'accompagnement, en reconnaissant la souffrance de la personne démente. Un cheminement vers une attitude de prévention sera alors possible.

Connaissance et observation du patient^{1,2,3}

► Important de:

- connaître les zones douloureuses par l'affichage du schéma corporel
 - Suspecter une éventuelle gêne
 - Connaître les antécédents de confusion et les circonstances d'apparition
 - Connaître la personnalité antérieure
 - Connaître l'humeur habituelle
 - Connaître la biographie
 - Connaître l'ancienneté de la démence
 - Connaître les traitements médicamenteux en cours
-) renseignements précieux à transmettre aux personnes qui entourent la personne dément(e)

Connaissance et observation du patient^{1,2,3}

► Important de:

- Observer précisément la personne
 - Écouter attentivement
 - Noter quand et comment se déclenchent les comportements perturbateurs
 - Observer ce qui aggrave et ce qui apaise le trouble
-) **carnet de bord?**

Traitements 1,3

► Solutions non médicamenteuses:

- **Pas de solution miracle:** essayer de comprendre et de corriger tous les facteurs conduisant à l'agitation ---) rechercher toutes les causes d'inconfort (langes, linge, station prolongée au fauteuil, contention physique inutile ou abusive)

Traitements ^{1,3}

► Solutions non médicamenteuses:

- Adapter le lieu de vie
- Prévenir le voisinage du risque d'errance éventuelle
- Annoncer ce qu'on va faire
- Éviter les conversations animées ne s'adressant pas à la personne
- Essayer de divertir la personne au cours d'une activité, d'un soin provoquant une opposition
- Massages dans la prévention de l'angoisse

Traitements 1,3

► Solutions non médicamenteuses:

- Communication adaptée à la démence: éviter les façons de s'expliquer incompréhensibles pour le sujet et tenir compte des troubles sensoriels (surdité, malvoyance) et du niveau de mémoire encore efficace. Parler doucement, distinctement, d'une seule chose à la fois (répétition souvent nécessaire)
- Faire attention au bruit, à la lumière et à la température du lieu de vie et de la chambre
- Importance du toucher (quand on parle, quand on fait un soin,...)
- Se positionner dans un champ étroit: face à la personne
- Activités apaisantes

Traitements 1,3

Annexe 6. Fiches de savoir-être et de savoir-faire pour éviter les troubles du comportement dans les moments forts de la journée (CHU de Nice – FFAMCO) (initiative de la Direction générale de la santé)

REVEIL/PETIT DEJEUNER

- Se présenter.
- Souhaiter une bonne journée.
- Respecter le rythme du patient autant que possible.
- Éviter d'être brutal et de parler fort.
- Ne pas générer une ambiance « d'urgence ».

TOILETTE

- Prévenir le patient que le moment de la toilette va arriver.
- Choisir le type de toilette adapté au résident.
- Lui demander son accord.
- Privilégier l'autonomie du patient.
- Éviter d'être intrusif.
- Assurer l'intimité de la personne (porte fermée...).
- Essayer de décaler les soins autant que possible en cas de refus.
- Être doux dans ses gestes et sa voix.
- Expliquer au résident ce qui va être fait au fur et à mesure.
- Négocier les soins.
- Discuter avec le résident pendant la toilette.

REPAS

- Respecter le choix du patient de manger en groupe, seul ou dans sa chambre (quand cela est possible).
- Vérifier la température de la nourriture.
- Privilégier l'autonomie ou l'entraide entre les résidents en proposant un accompagnement en cas de besoin.
- Créer une ambiance calme.
- Éviter la brutalité dans les gestes.
- Donner des responsabilités au résident selon ses capacités (valorisation).
- Respecter le rythme du résident dans sa prise du repas.
- Connaître les goûts et dégoûts.
- S'asseoir à la même hauteur que le résident pour le faire manger.
- Nommer les plats.

- Ne présenter qu'un plat à la fois.
- Enchaîner les plats.
- Adapter la texture des aliments aux capacités du résident.
- Adapter les ustensiles et couverts aux capacités des résidents.

VISITE

- Proposer un lieu calme pour les visites.
- Privilégier la communication entre soignants et familles.
- Donner des conseils aux visiteurs.
- Informer les visiteurs de l'importance de leur venue et des possibles conséquences.
- Annoncer la venue de quelqu'un au résident (si possible).
- Prendre le relais auprès du patient pendant quelques minutes après le départ du visiteur.

Éviter les visites pendant les repas ou les moments intimes du résident.

COUCHER

- Générer une ambiance calme et rassurante avant le coucher.
- Favoriser les discussions pendant la mise au lit.
- Respecter l'heure d'endormissement de la personne.
- Adapter la qualité de la protection de manière à réduire le nombre de changes la nuit.
- Respecter l'heure de la prise du traitement.
- Ne pas réveiller systématiquement.

NUIT

- Réduire le niveau sonore (appel sonore, nettoyage...).
- Orienter dans le temps.
- Rassurer, calmer par une voix douce.
- Utiliser le contact, le toucher.
- Veiller au calme des lieux.
- N'utiliser que les veilleuses lors des changes.

Traitements 1,3

Annexe 7. Fiches « À FAIRE » et « NE PAS FAIRE » en cas de troubles du comportement (CHU de Nice – FFAMCO) (initiative de la Direction générale de la santé)

DANS TOUS LES CAS : vérifier au préalable que l'apparition du trouble du comportement n'est pas la conséquence d'un trouble somatique ou d'une cause environnementale. Relever les circonstances favorisant l'apparition d'un trouble du comportement. Connaître la personnalité antérieure du résident ainsi que son histoire. **L'agitation/agressivité est une situation d'urgence où toute autre affaire doit cesser.**

OPPOSITION - REFUS DE SOIN

À FAIRE

Être doux et adapter son comportement.
Essayer de décaler les soins autant que possible.
Être à l'écoute et prendre le temps de connaître la raison du refus.
Solliciter l'aide du patient, privilégier l'autonomie.
Demander à un autre membre du personnel d'assurer le soin.
Négocier afin d'assurer les soins prioritaires.

À NE PAS FAIRE

Infantiliser.
Faire la morale au résident.
Parler de façon autoritaire.
Réprimander.
Forcer le résident.
Utiliser des moyens de contention.

COMPORTEMENT MOTEUR

ABERRANT

À FAIRE

Vérifier qu'il porte des chaussures convenables pour la marche.
Faciliter la déambulation du résident tout en veillant à assurer la sécurité générale et le bien-être des autres résidents.
Assurer une présence régulière auprès du résident.
Marcher avec le résident et le raccompagner à sa chambre, au salon.

À NE PAS FAIRE

Barrer la route, l'empêcher d'avancer.
Obliger à s'asseoir même pendant les repas.
Laisser des obstacles sur le passage (sol humide...)
Laisser les portes des locaux techniques ouvertes.
Laisser les portes permettant l'accès vers l'extérieur ouvertes.

AGITATION

À FAIRE

Être doux.
Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
Être rassurant, sécurisant.
Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
Faire diversion.
Proposer une activité ou une promenade.
Établir des routines quotidiennes.
Repérer les moments de fatigue et d'agacement.
Limiter le nombre et la durée des visites.
Assurer une présence permanente au moment du crépuscule.
Isoler le patient.

À NE PAS FAIRE

Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang-froid).
Générer une ambiance anxieuse (bruit, lumière...)
Solliciter de façon incessante.
Utiliser des moyens de contention.

Traitements 1,3

AGRESSIVITÉ

À FAIRE

Être doux.
Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
Être rassurant, sécurisant.
Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
Faire diversion.
Proposer une activité ou une promenade.
Proposer une collation ou une boisson.
Enlever les objets dangereux.
Assurer un périmètre de sécurité.
Demander de l'aide si besoin.
Isoler le patient.
Appeler le médecin.

À NE PAS FAIRE

Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang-froid).
Générer une ambiance anxieuse (bruit, lumière...).
Se sentir blessé des propos tenus.
Montrer sa peur.
Infantiliser.
Adopter un ton supérieur ou autoritaire.
Tenter de raisonner le résident.
Faire des remarques humiliantes, mettre en échec.
Punir.
Utiliser des moyens de contention.

DÉLIRES, HALLUCINATIONS

À FAIRE

Indiquer au résident que nous n'entendons/voyons pas ce qu'il entend/voit, mais que nous le croyons.
Avoir des propos rassurants.
Essayer de changer de conversation, d'orienter le résident vers une autre idée.
Si le trouble déclenche la peur, intervenir pour assurer la protection du résident et de l'entourage.
Assurer une présence régulière.
Appeler le médecin.

À NE PAS FAIRE

Paniquer.
Tenter de raisonner le résident.
Éviter l'infantilisation, ridiculiser.
Nier le délire.
Entretenir une conversation sur le délire.
Créer des situations complexes ambiguës.
Utiliser des moyens de contention.

CRIS

À FAIRE

Parler.
Capoter le regard.
Tenir la main.
Créer une ambiance apaisante, de détente.
Proposer une collation ou une boisson.

À NE PAS FAIRE

Crier plus fort que le résident (ne pas essayer de couvrir la voix du résident).
Générer une ambiance anxieuse (bruit, lumière...).
Minimiser la douleur.
Utiliser des moyens de contention.

Traitements ^{1,3}

► Solutions médicamenteuses:

- Certains médicaments peuvent être utilisés pour certains problèmes psycho-comportementaux mais avec prudence et sans certitude d'efficacité absolue
- Utilisation de psychotropes
 - Si les techniques de soins appropriées sont d'efficacité insuffisante
 - Si la personne se met en danger
 - Si le problème altère son fonctionnement ou est une menace ou une source importante de souffrance pour son entourage et/ou pour lui-même ---) **pour recréer du lien!**

Conclusions

- ▶ Problématique qui nécessite une prise en charge intégrée, multidisciplinaire (collaboration entre les professionnels et les aidants) et évolutive
- ▶ Traiter mais respecter:
 - Le sens du symptôme
 - Prévenir plutôt que glisser dans l'escalade médicamenteuse
 - Hiérarchiser les interventions non médicamenteuses et médicamenteuses
- ▶ Toujours inscrire le soin dans une réflexion éthique: **quelle est la meilleure chose à faire pour la personne mais en respectant aussi ses propres limites!**

Bibliographie

1. **Pradines B.** Symptômes comportementaux et psychologiques au cours des démences chez la personne âgée. 5 novembre 2013 <http://geriatrie-albi.com/CAP.htm>
2. **Jouanny P.** Troubles du comportement dans la démence <https://www.u-picardie.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1270047269366&LANGUE=0>
3. **HAS 2009.** Haute Autorité en Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Recommandations de bonne pratique, mai 2009

**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION!**

**NE POSEZ PAS DES QUESTIONS
DIFFICILES S'IL VOUS PLAÎT!**

meme-generator.net



GRAND HÔPITAL de CHARLEROI