

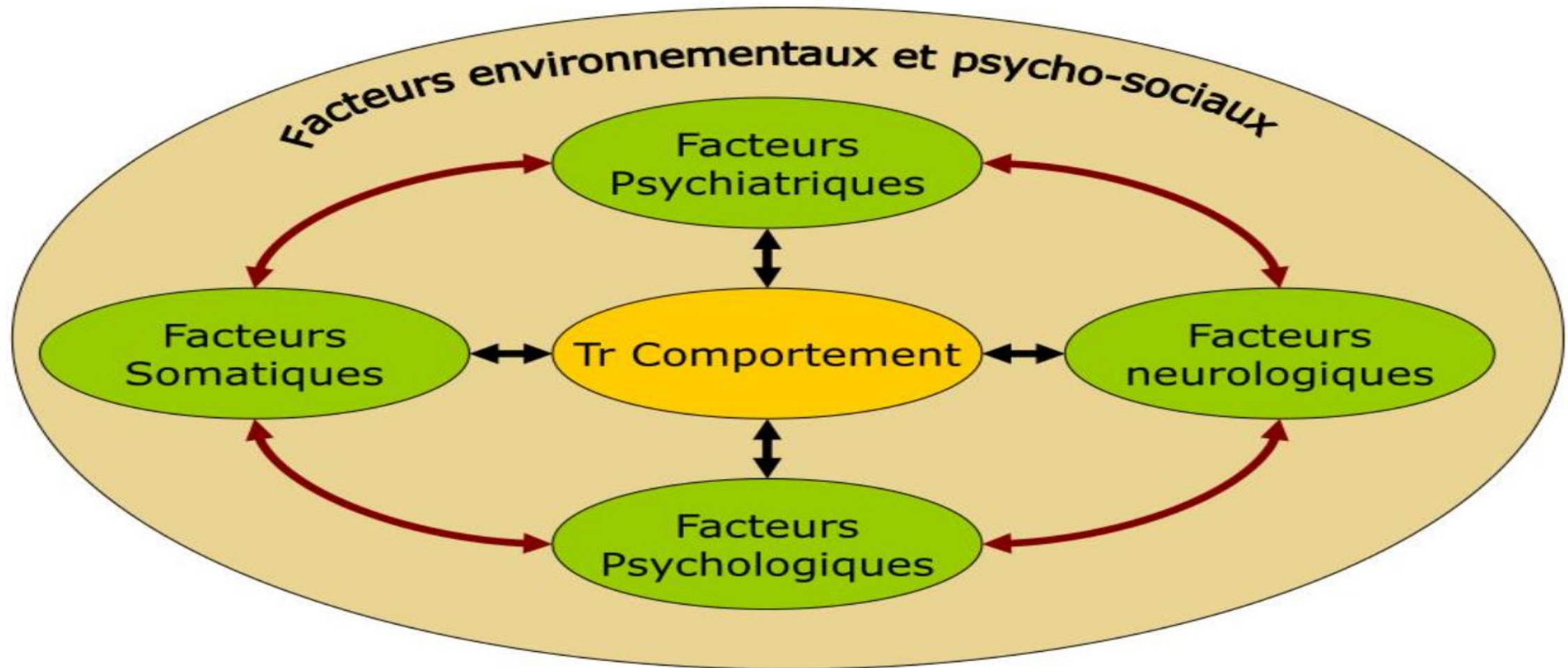
Psychiatrie du Sujet âgé

Pathologies psychiatriques / SPCD
prises en charge non médicamenteuses
et médicamenteuses



Dr. Véronique LEFEBVRE des NOËTTES
Psychiatre de la personne âgée APHP
Docteure en Philosophie pratique et Ethique médicale UGE
Chercheure associée LIPHA UPEC EA 7373
Co-directeure du département de recherche
Ethique Biomédicale au Collège des Bernardins

Etiologies des troubles du comportement chez l'agé : **MULTIFACTORIELLES**



Facteurs psychiatriques

- ❑ Troubles psychiatriques vieillis + déclin cognitif → Démence vésanique, double démence.
- ❑ Trouble psychiatrique décompensé ou secondaire au déclin cognitif

Hallucinations, délires, de quoi parle-t-on ?



Les sentiments d'étrangeté, et ses différentes manifestations corporelles ou intellectuelles peuvent être évocateurs de troubles psychiques. Certains éléments de la réalité extérieure peuvent devenir difficiles à percevoir. Ces signes sont parfois multiples, parmi eux le fait d'entendre des bruits ou des voix que les autres n'entendent pas est un symptôme de trouble psychique. Il s'agit de **délires** et **d'hallucinations**.

La définition de l'hallucination

Le dictionnaire indique que "L'hallucination est un trouble psychique dans lequel le sujet (la personne) a la conviction de percevoir un objet (voix, odeurs, personnes) alors que ce dernier n'existe pas réellement."
L'hallucination est la perception de choses qui n'existent pas dans la réalité extérieure (celle que l'on partage avec les autres).

La définition du délire

Le mot "délire" a plusieurs sens : celui de déraisonnable (c'est du délire !) ; celui d'agitation causée par les émotions, les passions, la fête ; Celui d'inspiration (un délire poétique). Le mot aurait ainsi quelque chose de sympathique.

Le Petit Larousse définit le délire comme "un trouble psychique caractérisé par des idées en opposition manifeste avec la réalité ou le bon sens et entraînant la conviction du sujet (ou de la personne)".

Les différentes sortes d'idées délirantes :

Les idées de persécution:	Ce sont les idées délirantes les plus fréquentes. La personne a la conviction que l'on essaie de lui nuire physiquement (idées d'empoisonnement, d'agression par des moyens plus ou moins scientifiques ou fantastiques) et moralement ("on" l'insulte, "on" l'a dépossédée de sommes d'argent, "on" veut l'expulser de son appartement,...). Ces idées peuvent rester un sentiment vague ou devenir une certitude précise.
Les idées de grandeur	Elles sont presque aussi fréquentes que les idées de persécution. Ce sont des idées d'énormité, de richesse, de filiation, de surestimation de ses capacités personnelles.
Les idées d'influence	Dans le délire d'influence, la personne est convaincue d'être sous l'emprise d'une force étrangère. Elle croit être dirigée par une force extérieure. Tout ce qu'elle dit, écrit ou fait, lui est imposé par une puissance qui la domine. Ces forces étrangères peuvent être des rayons, des ondes ou agir par des voies paranormales.
Les idées de référence	La personne est convaincue que les autres parlent d'elle, ou lui font signe, dans la rue, à la télévision ou ailleurs.

LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES des états délirants des PA

- Une grande hétérogénéité
- Deux contextes distincts
 - Les psychoses vieilles avec appauvris. Σpt
 - Les délires de survenue tardive > 60 ans
 - * États délirants + démence
 - * États délirants + Troubles de l'humeur
 - * États délirants +/- schizophréniques
 - * États délirants + troubles cérébrovasculaires ou sensoriels.

EPIDEMIOLOGIE

- Difficile à estimer
- Délires tardifs = 10% des + de 65 ans Hospitalisés.
- Enquête de Grossberg et Webster sur 1700 patients

LES PSYCHOSES VIEILLIES

- Vieux patients schizophrènes principalement
- Manifestations résiduelles, contenu de la pensée, apathie, émoussement affectif, stéréotypies
- ↗ Σd dissociatif, ↘ Σpt productif
- **Évolution déficitaire avec ↘ fonctions cognitives efficaces**
- On parle de démence vésanique / organique
- Désintérêt du sujet à l'égard de ce qui l'entoure
dans la P.H.C

LES DELIRES DE SURVENUE TARDIVE

- Σpt productifs apparaissant après 60 ans
- Évolution chronique ou aigue
- Thématique délirante corporelle ou environnementale
- Évolution sans ↘ fonctions cognitives

LES ETATS THYMIQUES DELIRANTS

● Les dépressions délirantes

- ✓ Mélancoliques ou non
- ✓ Mécanismes interprétatifs ou hallucinations
- ✓ Agitation psychomotrice
- ✓ Les hallucinations dans le Σd de Cotard (négation d'organe)

● L'hypomanie ou la manie

- ✓ Peu d'études effectuées
- ✓ Σptomatologie affaiblie de la manie

Maladie mentale :

Votre proche se sent-il régulièrement triste ou déprimé?

A-t-il commencé à s'isoler?

Ses peurs et inquiétudes deviennent-elles excessives?

Ses humeurs sont-elles empreintes de hauts et de bas qui vous semblent extrêmes?

A-t-il de la difficulté à dormir?

Semble-t-il avoir moins d'énergie ou être très fatigué?

A-t-il de la difficulté à faire face aux problèmes quotidiens ou au stress?

Est-il anxieux ?

Est-il délirant ?

Est-il halluciné ?

Semble-t-il excessivement en colère, hostile ou même violent?

Exprime-t-il des idées suicidaires?

Démence :

Remarquez-vous plus de problèmes de mémoire qu'à l'habitude?

Votre proche semble-t-il avoir de la difficulté à communiquer et à trouver ses mots?

Votre proche se perd-il plus souvent?

Est-ce devenu plus difficile de résoudre des problèmes ou de réfléchir?

Les tâches complexes sont-elles plus difficiles à accomplir qu'auparavant?

Sa coordination et sa motricité ont-elles changé?

Est-il souvent embrouillé ou désorienté?

Sa personnalité a-t-elle changé?

Avez-vous l'impression que votre proche est déprimé ou plus anxieux qu'avant?

Son comportement est-il inapproprié?

Est-il plus persécuté ou plus agité qu'il ne l'était?

A-t-il des hallucinations?

Différences troubles psychiatriques et SCD démences

Troubles psychiatriques

- Âge de début plus jeune
- Très fréquents 1/6 aura des troubles psychiatrique dans la vie
- **Psychopathologies** (Troubles bipolaires, Dépression Schizophrénie, troubles psychotiques, TAG , TOC, TPH, TOC, ...
- Isolement social
- Modes évolutifs récurrents
- Pas de troubles cognitifs hormis aux moments productifs troubles du discernement

SCPD démence

- Âge tardif
- 1 200 000 MA 5 M d'aidants
- **Symptômes** psychiatriques
- Pas de dissociation pensée
- Troubles de la mémoire
- DTS
- Evolution déficitaire
- Troubles raisonnement, jugement cognitifs, langage calcul praxies...

SYMPTÔMES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER



Cerveau sain



Cerveau avec Alzheimer



Confusions (temps, lieu)



Difficultés à suivre une conversation



Pertes de mémoire



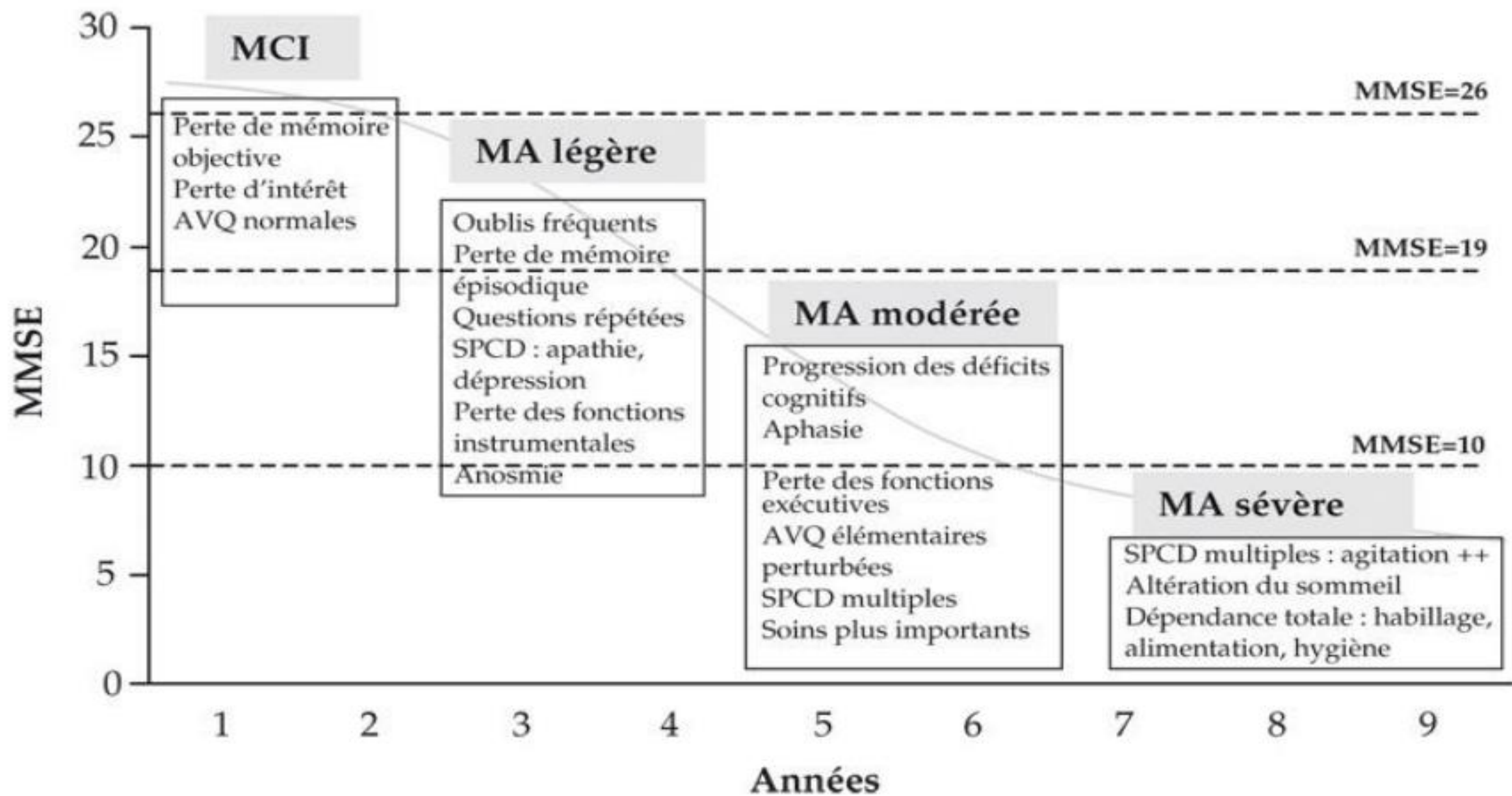
Problèmes avec les tâches familières



Egarer des choses



Changements d'humeur ou de personnalité



SCPD en fonction Extension + Localisation des lésions neuro-dégénératives

- **Atteinte de réseaux neuronaux stratégiques:**
 - système limbique (Modification de l'affectivité, apathie), Cx orbito frontal (perte des convenances sociales), Cx frontal dorso latéral (Stéréotypies)...
- **Modification de la neuro transmission:**
 - Dysrégulation dopaminergique (hallucination).
 - Déplétion sérotoninergique (humeur, impulsivité).
 - Déplétion cholinergique (Apathie +/- hallucinations).

SCPD en fonction du processus neurodégénératif

□ **Maladie à Corps de Lewy**

- Fréquence des présentations pseudo-psychiatriques,
- Hallucinations visuelles, parfois auditives, syndrome de Capgras,
- troubles du comportement en sommeil paradoxal, agitation nocturne,
- Dépression mélancolique...

□ **Démence vasculaire**

- Impulsivité, irritabilité,
- Apathie...

□ **Démence fronto-temporale:**

- Apathie VS désinhibition, perturbation des convenances sociales,
- Agressivité,
- troubles obsessionnels, Hyperphagie, alcoolisme tardif,
- plaintes hypochondriaques, instabilité anxieuse...

Fiche Individuelle

Inventaire Neuropsychiatrique NPI-ES

◆ Nom :

◆ Age :

◆ Date de l'évaluation :

Fonction de la personne interviewée :

Type de relation avec le patient :

Très proche / prodigue des soins quotidiens ;

proche / s'occupe souvent du patient

pas très proche / donne seulement le traitement

ou n'a que peu d'interactions avec le patient

Items	NA*	Absent	Fréquence	Gravité	F x G**	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation / Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression / Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur / Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie / Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité / Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

SCORE TOTAL 10

Changements neurovégétatifs

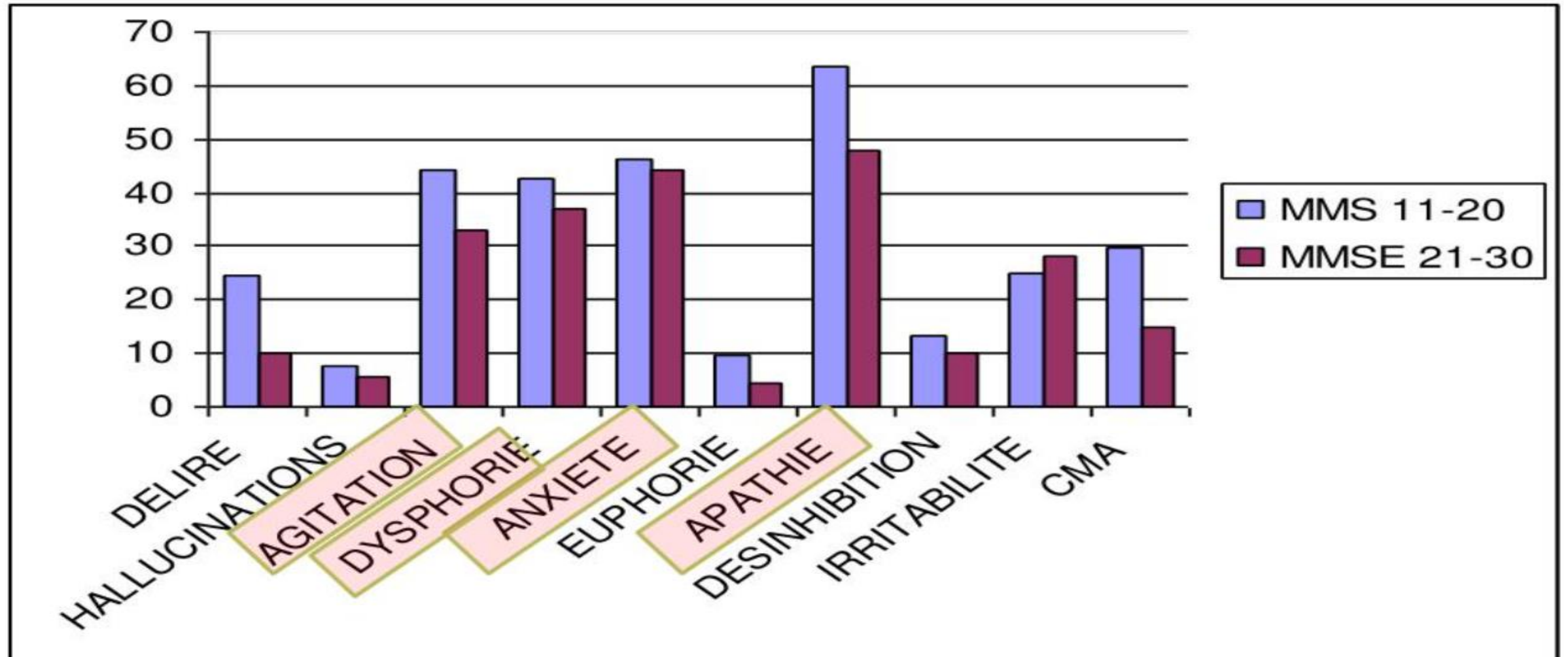
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit / Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

SCORE TOTAL 12

*NA = question inadaptée (non applicable)

** F x G = Fréquence x Gravité

REAL.FR: Fréquence des SCPD en fonction du MMSE *[Benoit, 2003]*



Classification des Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Démences (SCPD)

□ **Affectifs et émotionnels**

- Dépression
- Anxiété
- Apathie
- Exaltation de l'humeur
- Perturbations émotionnelles
- Conduites régressives

□ **Psychotiques**

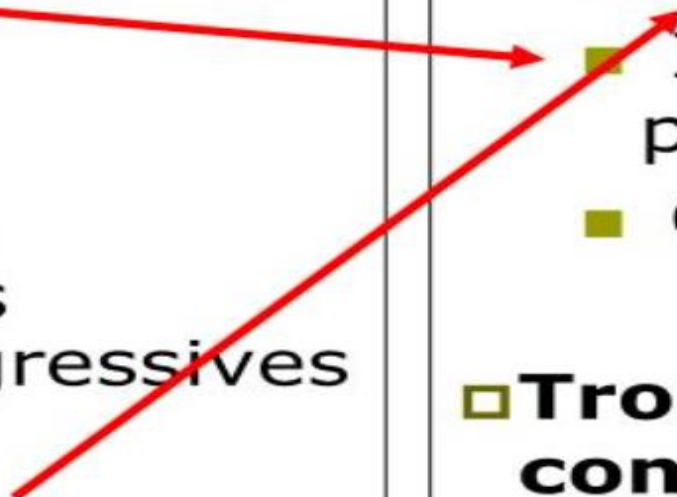
- Hallucinations
- Troubles perceptifs
- Idées délirantes

□ **Comportementaux**

- Agitation
- Agressivité
- Instabilité psychomotrice
- Compulsion

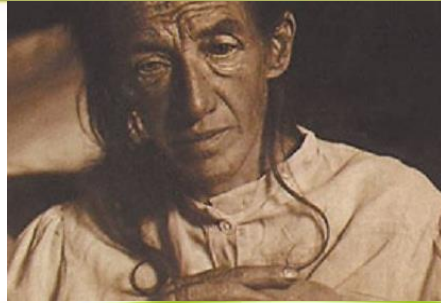
□ **Troubles des conduites élémentaires**

- Du sommeil
- Des conduites alimentaires



Dépression ou apathie: diagnostic différentiel

Apathie



Dépression

- **Démotivation**
- **Non initiative**
- **Non persévérance**
- **Émoussement affectif**
- **Retrait social**

- **Perte d'intérêt**
- **Manque d'élan**
- **Ralentissement**
- **Asthénie**
- **Anosognosie**

- **Humeur triste**
- **Perte d'espoir**
- **Culpabilité**
- **Suicidalité**
- **Troubles du sommeil**
- **Anorexie**

Analyse de situation problème

Où?

Dans quelles circonstances?
Quelle situation?

Quand?

Facteurs déclenchant?
Changement récent?
A quel moment de la journée?

Comment?

Quel est ce trouble?
Depuis combien de temps?

Pourquoi?

Quel sens donner?

Ex n °1 : Mme A s'agite après le déjeuner

- Entrée en institution depuis 3 mois, elle crie quasi systématiquement après le déjeuner
- Elle s'énerve si fortement que les autres résidents la rejettent et s'agitent à leur tour

fiche d'observation ABC

- Nom du patient
- Nom de l'observateur

Date Heure Mat Ap Midi	Comportement	Où	Quand?	Fréq	Durée	Intensité	Problème pour qui?	Pourquoi un pb?

- Qu'est ce qui passe chez le patient: facteurs internes?
- Qu'est ce qui passe autour du patient?
- Quelles sont les autres personnes présentes?
- Que font elles?
- Quels sont les changements récents?

- Quelle est la réaction de l'aidant /soignant au comportement?
- Comment cette réaction peut- elle maintenir le comportement?

Chez Mme A

- **Facteurs internes** : Somatique (envie uriner , gastrite ?, mycose buccale)Médicaments? , faim non apaisée etc .. perte dignité
- **Facteurs relationnels** : voisinage , rapidité,
- **Facteurs environnementaux** : bruit , disposition des places, promiscuité
- **contraintes** : organisationnelles , perte liberté ,
- Perte RITUELS DE VIE

Processus de résolution de problèmes: en 6 étapes

- 1. Définition du problème:**
 1. Antécédents (cf. ABC)
 2. Conséquences
- 2. Tour de table** (données de l'accueil, équipe, famille)
- 3. Choix d'une solution** (bénéfices /inconvenients)
- 4. Anticipation de la solution** (difficultés mise en œuvre, moyens de surmonter les obstacles, qui fait quoi?)
- 5. Application de la solution** (suffisamment longtemps, cohérence de l'équipe)
- 6. Evaluation du résultat**

Ex n°2: Mme D crie au secours

- Mme D crie chaque fois qu'elle reste seule dans sa chambre
- Elle s'apaise lorsqu'elle est en compagnie

Mme D: quel sens a l'agitation verbale?

- **Facteurs internes ?**
 - Éliminer causes somatiques et iatrogènes
 - Peur , solitude peur d'être abandonnée , délire, besoin de réassurance
- **Quel contexte, Quand?**
 - ++ si seule dans sa chambre
 - ++ en fin de la journée
 - ++ si inactive
 - ++ si contention
- **Quels déterminants relationnels? (attitudes des tiers)**
 - ++ si le soignant n'a pas pris le temps d'apprivoiser la personne
 - Si échange trop rapide, inadapté, trop complexe

Vocalisations répétitives

- Présentes chez 10-40 % des patients avec des troubles cognitifs sévères et une perte d'autonomie avancée
- Facteurs favorisants :
 - En EHPAD Le fait d'être laissé seul dans sa chambre accentue les vocalisations (survient quand le patient est seul dans 64-80% des cas)
 - La mise sous contentions physiques est aussi associée à ce comportement (78% des patients contenus)
 - Des symptômes dépressifs non reconnus ou une douleur sous-traitée (60% selon Sloane) peuvent également être à l'origine du comportement
 - Les Troubles sensoriels (isolement) accentuent les manifestations



Mme A chasse la nuit!

- Mme A ne tient pas en place la nuit
- Elle visite les chambres des voisins et les réveille en se plaignant qu'ils sont dans son lit
- La journée elle somnole beaucoup et se met en colère si on la réveille

Stimuler dans la journée

- **Rétablir rythme veille/ sommeil**
 - Sorties, Promenades
 - Activités alternatives
 - Snoezelen
 - Eviter sieste
- **Valoriser**
 - Impliquer dans les actes du quotidien



Luminothérapie

-Une personne de 60 ans a besoin de 2 à 3 fois plus de lumière qu'à 20 ans. Ce taux passe à 10 pour une personne de 86 ans

Luminothérapie : nécessite la mise en place d'un dispositif éclairant spécifique, d'une intensité proche de la lumière du soleil, pas nécessairement dans une pièce dédiée.



Mesures comportementales

- Apaiser en fin de journée

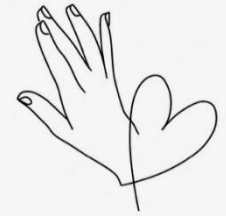
- Musiques douces
- Chaleur chambre/lit
- Diminuer le bruit de fond
- Eviter excitants
- En institution ou à l'hôpital renforcer fin d'après midi : animateur, AMP (contes , jeu de sociétés)



Massage des mains

- 5mn
- Apaisant
- But établir un contact avec le résident, lui communiquer de la tendresse et un sentiment de sécurité

Dr Véronique
Lefebvre des Noëttes



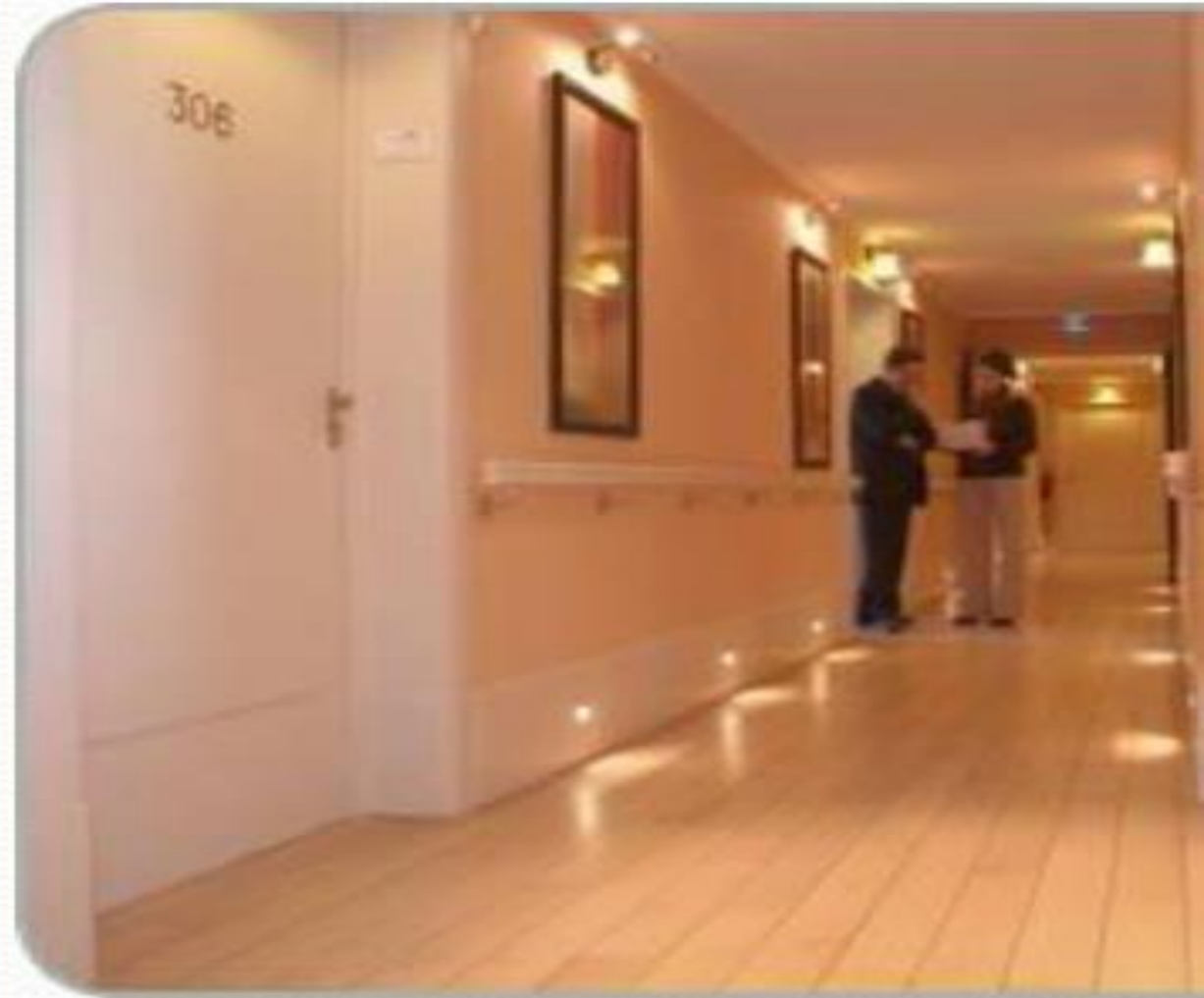
LA FORCE
DE LA
CARESSE



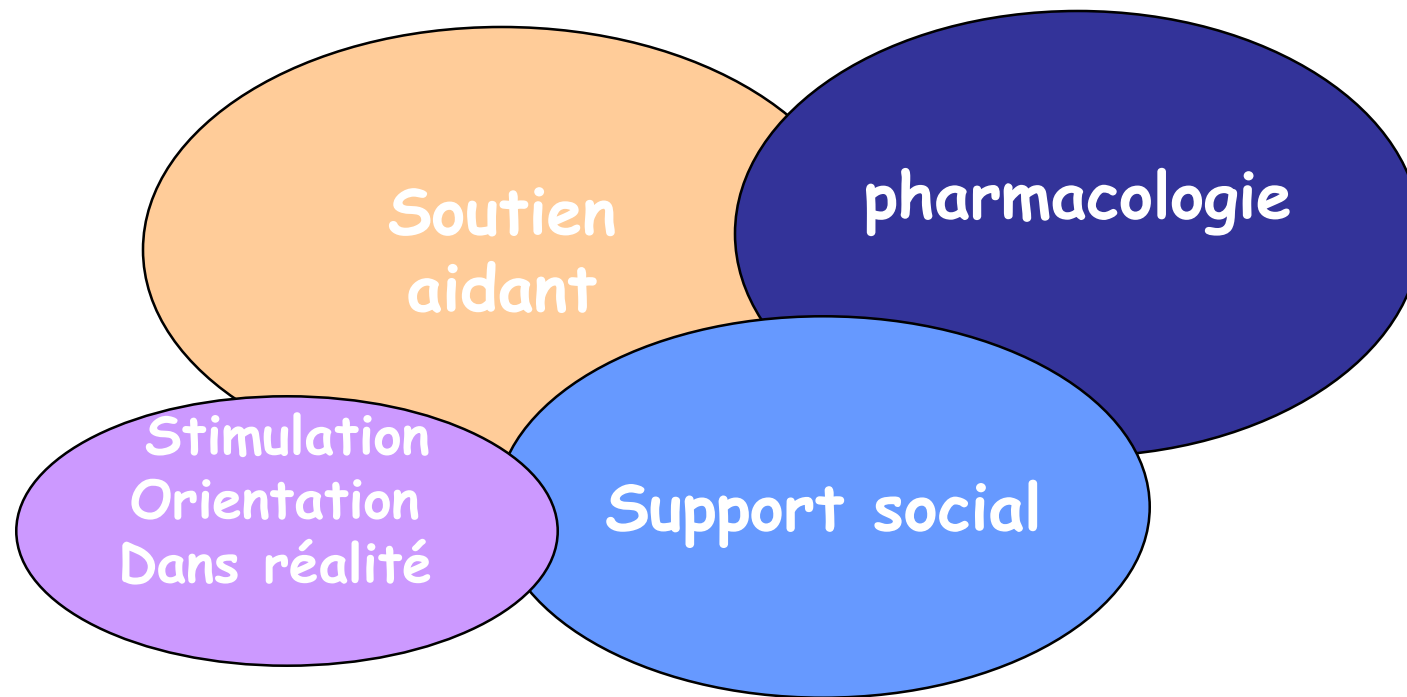
Prendre soin
des plus fragiles
avec le cœur

Organiser la nuit I

- Laisser couloirs de sortie dans obscurité
- Laisser de la nourriture accessible
- Rendre impossible l'ouverture des autres chambres
- Balisage lumineux des couloirs de déambulation
- et du lit aux toilettes par LED



Axes du traitement



Approches multidisciplinaires avec des cibles multiples

- Aménagement de l'environnement spatial
- Aménagement de l'environnement temporel
- Approches comportementales
- Approches relationnelles
- Approches sociothérapeutiques
- Approches familiales

.../...

Ex d'ateliers thérapeutiques

- Atelier esthétique (schéma corporel)
- Atelier promenade (marche en extérieur, resocialisation)
- Groupe de parole (phasie, réminiscence)
- Gymnastique douce (équilibre, mobilité)
- Musique (gnosie, réminiscence)
- Culinaire (inscription dans le réel, praxies, gnosies, attention)
- Artisanal (praxies, gnosies, attention, expression)
- Mémoire (réminiscence, fonctions exécutives)
- Atelier équilibre (prévention des chutes...)

Tableau 2 – Approches non médicamenteuses.

Adapter l'environnement	Changer l'approche relationnelle
<ul style="list-style-type: none">• Une architecture sécurisée et adaptée à la déambulation• Des stimuli contrôlés	<ul style="list-style-type: none">• Des techniques de communication• Un soin institutionnel• La formation des soignants• L'information et le soutien des aidants
Ateliers thérapeutiques	
Approches sensorielles	Approches motrices
<ul style="list-style-type: none">• Musicothérapie• Luminothérapie• Aromathérapie• Massage et toucher• Relaxation• Stimulation multisensorielle = Snoezelen	<ul style="list-style-type: none">• Kinésithérapie• Ergothérapie• Psychomotricité• Activité physique
Approches portant sur la cognition	Approches occupationnelles
<ul style="list-style-type: none">• Rééducation de l'orientation = <i>reality orientation therapy</i>• Stimulation cognitive• Orthophonie	<ul style="list-style-type: none">• Lecture du journal du jour• Photos souvenir• Activité bien-être : massage, manucure• Activité manuelle : coloriage, dessin, pâte à modeler• Promenade• Musique• Relaxation, respiration
Approches psycho-sociales	
<ul style="list-style-type: none">• Art-thérapie• TCC et revalidation cognitive• Rémiscence• Thérapie par empathie = validation• Psychothérapie	<ul style="list-style-type: none">• Thérapie familiale systémique• Thérapie par présence stimulée• Thérapie assistée par l'animal• Méthode Montessori

EFFICACITÉ DES TNM (Thérapies non médicamenteuses): APA TASK FORCE

Réminiscence thérapie	D
Thérapie de revalidation	D
Reality orientation therapy	D
Stimulation cognitive	B
Autre traitement spécifique des démences	C
Autre traitement non spécifique (ex: relaxation)	B
Intervention psychologique auprès des aidants (Enseignement)	D
Prise en charge comportementale et psycho-éducation	A
Stimulation sensorielle (musique)	B
Multisensoriel	B
Programme d'activités structurées	D
Exercices physiques	D
Interactions sociales	D
Modifications environnementales	D
Education de l'équipe pour prendre en charge les TPC	D

Traitement médicamenteux des SCPD

- ❑ Questionnement avant introduction d'un traitement médicamenteux:
 - Ce symptôme justifie-t-il un traitement ?
 - Ce symptôme est-il susceptible de répondre au traitement ?
 - Quelle est la molécule la plus appropriée ?
 - Quels sont les effets secondaires ?
 - Évaluation rapport risque / bénéfice.

■ **Aucun traitement validé pour les SCPD !**

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées :
prise en charge des troubles du comportement
perturbateurs

Mai 2009

MESSAGES CLÉS

- Les troubles du comportement perturbateurs (TCP) ont une origine multifactorielle. Ils peuvent être déterminés par :
 - des facteurs écologiques, liés à l'environnement et l'entourage, aux aidants et aux professionnels ;
 - des facteurs propres à la personne ou à la maladie.

L'enquête doit rechercher en priorité les causes somatiques et psychiatriques, les facteurs déclenchants et les facteurs prédisposants.

- Il est recommandé d'utiliser en première intention des techniques de soins non médicamenteuses appropriées aux TCP.
- Les psychotropes n'ont pas d'effet préventif sur la survenue des TCP.
- Un traitement par psychotrope ne doit pas être prescrit sans évaluation préalable en cas d'opposition, de cris, de déambulations.

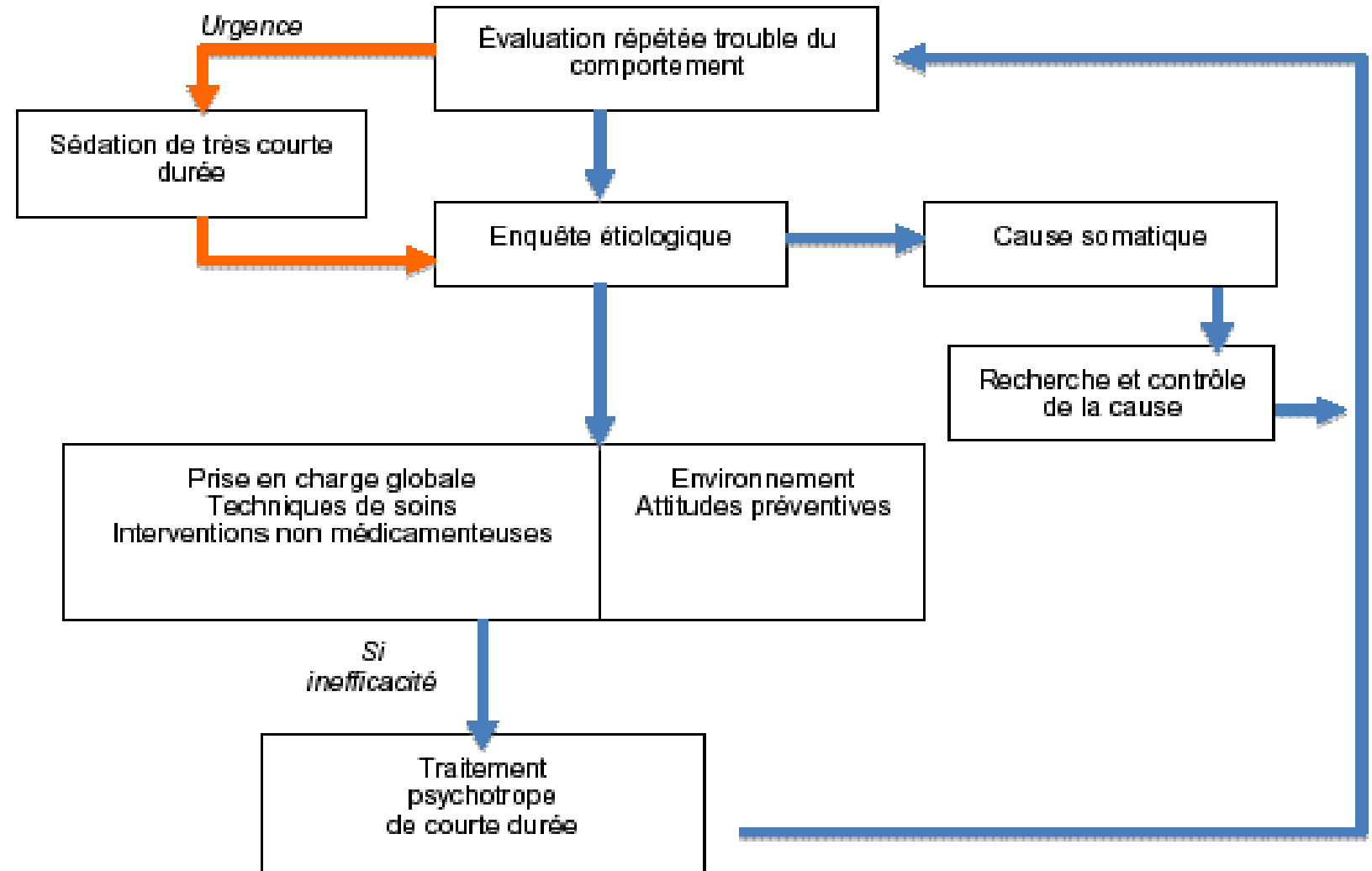
SCHÉMA DE PRISE EN CHARGE D'UN TPC: HAS 2009

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs

RECOMMANDATIONS

Mai 2009



Conclusion

- ❑ La maladie d'Alzheimer n'est pas uniquement une maladie neurologique
 - Effet sur l'individu
 - Effet sur le groupe familial et l'entourage
- ❑ Les SCPD sont analysés dans un contexte bio-psycho-social
- ❑ Si traitement par psychotropes
 - À limiter, prescription temporaire
 - À cibler en fonction du terrain (Symptômes psychiatrique ou neurologiques ?)
 - Surveillance des effets secondaires