

Le résident en EHPAD,
comprendre les troubles cognitifs pour
mieux appréhender Les Symptômes Psycho-
comportementaux

Dr Myriam TOUFLET
Géiatre
Chu de Rouen
Hôpital de OISSEL

Mémoires et TNC au quotidien

- Mémoire épisodique: Mémoire des événements vécus, contexte temps espace
→ difficultés à créer de nouveaux souvenirs, à récupérer les Souvenirs en mémoire
- Mémoire Procédurale, lieu de stockage du savoir-faire: chanter, faire du vélo, implicite.
→ Longtemps Préservée dans la maladie d'ALZHEIMER
- Mémoire sémantique:
→ difficultés pour trouver les mots, identifier un objet, comprendre l'environnement

Fonctions exécutives et attentionnelles: A quoi ca sert?

- Fonctions exécutives: planification, flexibilité, jugement
 - ➔ En pratique pour nous: suivre 1 recette de cuisine, ne pas dire ce que l'on pense, prendre une décision
 - ➔ En pratique pour le résident, troubles exécutifs: la toilette, un casse-tête
- Fonctions attentionnelles:
 - ➔ En pratique pour nous: lire, regarder un film, parler et marcher
 - ➔ En pratique pour le résident, troubles attention: complexité de la double tâche

Praxies, gnosies, langage au quotidien pour le résident présentant des TNC

- Troubles praxiques:

- Quel geste faire pour s'habiller, se laver, manger, utiliser ses couverts?

- Troubles de la reconnaissance:

- A quoi peut servir cet objet?

- Troubles du langage:

- Comprendre, le dire, l'écrire

The background features a light gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered in the corners. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance. The text is centered in the lower half of the page.

Comprendre les difficultés des
résidents pour mieux
communiquer

Prise en soins en EHPAD

- Accueillir la vulnérabilité, la dépendance
- Apaiser, Rassurer
- Prendre en compte les besoins d'autrui, y répondre
- Adaptation et tâtonnement du soignant
- Prendre soin de l'autre et Partir de l'autre
- Accepter l'incapacité et se connecter avec celui qui la porte



En pratique

- Solliciter sans mettre en échec
 - Guidance du geste
 - Savoir reporter le soin plus tard
 - Prendre en compte la pudeur, le rapport au corps
 - Instaurer une routine du quotidien rassurante
 - Rassurer, réconforter
- 

Exemple: soins d'hygiène

- Présentez vous
- Laisser le temps de l'éveil, de la connexion
- Parler doucement
- Prévenez le résident que la toilette va arriver
- Expliquer ce que vous faites au fur et à mesure
- Discuter avec le résident
- Ne pas commencer systématiquement par le visage
- Respecter l'intimité, la pudeur

Avec les résidents

- Présentez vous, face au résident, à sa hauteur
- Phrases courtes, questions fermées pour expliquer, décrire, répéter
- Laisser le temps au résident de s'accoutumer à vous
- Laisser le temps de la réponse
- Sachez passer le relai et décaler un soin

Environnement et TNC

Espaces de déambulation libres , sécurisés

Stickers muraux



Les Thérapies non médicamenteuses:

Activité physique adaptée
Thérapie comportementale Réminiscence
Etc..

Exemple: Un chariot Flash: X activités prêtes à être proposées!

Objectifs:

1. Dévier l'attention fixée sur un stimulus source de stress, d'anxiété, d'angoisse

1. Stimuler une approche récréative et plaisante

➔ Atténuer les troubles du comportement

➔ Après avoir éliminé un FD: la constipation, la rétention d'urine, la douleur, la fièvre

LA VIE CONTINUE, MÊME AVEC ALZHEIMER, MÊME À UN STADE AVANCÉ DE LA MALADIE

LA PERSONNE MALADE ALZHEIMER CONTINUE D'AVOIR DES ENVIET DE FAIRE DES EXPÉRIENCES

IL EST IMPORTANT D'UTILISER D'AUTRES MANIÈRES D'ÊTRE ET D'ENTRER EN RELATION AVEC LES PERSONNES

L'ATELIER AUTOBIOGRAPHIQUE
Il permet au malade de retracer son "histoire de vie" et de se réapproprier son identité. L'atelier, basé sur l'évocation de souvenirs anciens, renforce le sentiment d'existence de la personne. Il peut être enrichi par des photographies, des objets anciens, des enregistrements familiaux...

LA CUISINE THÉRAPEUTIQUE
Elle permet de susciter la communication, le souvenir d'une activité passée ou le sentiment d'utilité du malade. Les participants sont ensuite invités à enrichir leurs activités manuelles par des exercices complémentaires de reconnaissance olfactive des matières, de préparation des repas.

L'APPROCHE MONTESSORI
L'objectif est de proposer des activités adaptées aux capacités et centres d'intérêt des personnes afin de donner un sentiment d'action: le fameux «aider à faire seul» qui va aider à sortir de la passivité tout en maintenant un lien social.

LA DOLL THÉRAPIE LA THÉRAPIE D'EMPATHIE
Elle consiste à utiliser des poupées pour stimuler l'empathie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et renforcer le lien d'attachement que l'on peut ressentir envers les autres. Les poupées permettent de renouer avec des souvenirs et des émotions perdues.

L'ART ET LA MUSIQUE THÉRAPIE
On utilise la création artistique pour faciliter l'expression et la résolution de conflits émotionnels et psychologiques. La musique permet de réactiver les capacités résiduelles de la mémoire et d'agir sur les émotions.

L'ESPACE SNOZELEN
Il aide à apaiser les troubles du comportement parce qu'il sollicite la vue, le toucher, l'audition, l'odorat et le goût, tout en apportant des moments d'apaisement. Il propose aussi un environnement permettant la communication sous d'autres formes, notamment non-verbales.

LES TABLETTES THERMOSES MONTESSORI - HYPER

BOITES À SONS GAZE

COLONNE À BULLES ECO

LES STARS D'OR HOPTOYS

CARTER DE COMMUNICATION PARLANT HOPTOYS

LA CUISINE AVEC DES MARQUES HOPTOYS

POUPÉE EMPATHIE FT204

PINNOCLE ANIMAL HOPTOYS

LA FIANÇÉE DE BLOOM - HOP300

CLOCHETTES MUSICALES À SERRAGES - HOP200

Les Thérapies non-médicamenteuses

L'accompagnement thérapeutique non médicamenteux vise à préserver la dignité de la personne malade Alzheimer. Il propose des axes de prise en charge évoluant selon le stade de la maladie et donc les capacités de la personne, notamment au niveau de la communication.

- Offre du plaisir à être ensemble sans mise en échec
- Motive la communication et les interactions sociales
- Aide à réguler l'anxiété, les troubles du comportement et les états dépressifs
- Permet de se sentir utile et de rompre la monotonie
- Développe la motricité fine et la coordination
- Apporte une stimulation cognitive

hoptoys.fr

Nouvelles recommandations pour la prise en soins des SPC dans les maladies neurocognitives



21 septembre 2024

SFGG

Approche DICE et HAS 2009

Décrire

Caractériser et contextualiser le comportement :

discussion avec l'aidant.

« Pourriez-vous décrire le SPC comme s'il s'agissait d'un

film ? ».

NPI pour enrichir

investiguer

Mise en évidence d'étiologies possibles :

Examen du patient, contribution de

l'environnement et communication avec l'aidant.

causes somatiques

(douleur, déshydratation, constipation, infection),

iatrogènes (traitements confusiogènes),

psychiatriques

(décompensation d'un trouble psychiatrique ancien ou expression d'un état dépressif et/ou anxieux)

créer

Plan de soins personnalisé avec l'aidant et l'équipe

soignante : prise en charge non pharmacologique au premier plan

Évaluer

Evaluer l'efficacité du plan de soins:

Surveillance de la réapparition des troubles, si efficace, révision du plan de soins

NPI, un outil en équipe

1

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI

Nom:		Age:		Date de l'évaluation		
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
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

NA = question inadaptée (non applicable)
F x G = Fréquence x Gravité

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994
Traduction Française P.H.Robert. Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice - France 1996
Le NPI est protégé par un copyright.

Traitement médicamenteux

- D'abord ne pas nuire!
- Un psychotrope ce n'est pas automatique.
- Comportement moteur aberrant: bouger, se balancer, déambulation, vocalisations aberrantes → tt non médicamenteux

Agitation

Agitation

1^{er} non médicamenteux

2^e ISRS si échec

3^e Antipsychotiques atypiques ou BZD si sévère associé à ISRS

ECG

Réévaluer à 6 sem de TT poso maximale

Agitation physique

ISRS :CITALOPRAM(SEROPRAM°)/

ESCITALOPRAM(SEROPLEX°),

si sévère APA (Risperdal° Aripiprazole°, Quetiapine°,OLANZAPINE°)

Agitation verbale, anxieuse, insomnies d'endormissement

1° CITALOPRAM/ ESCITALOPRAM

2 ° SERTRALINE

3° MIRTAZAPINE /VENLAFAXINE

→ si sévère APA en bithérapie,

BZD en coure courte possible si anxiété

Attention QT

Déambulation

Non pharmacologique++

Penser à l'anxiété (SCP à traiter)

CRIS

cf agitation anxieuse, douleur: antalgie

Non pharmaco++

OPPOSITION AUX SOINS

Cf hallucinations/délire

Cf agressivité physique

Cf agitation anxieuse

Si aucun des 3: non pharmacologique

AGITATION

COMPORTEMENT SEXUEL INAPPROPRIÉ

ELIMINER UNE IATROGÉNIE :

AGONISTE DOPA, DOPA,
PRÉGABALINE

PAROXÉTINE 1°

CITALOPRAM/ESCITALOPRAM/

SERTRALINE 2°

APA, SI SÉVÈRE

TRAITEMENTS HORMONAUX

(RÉFLEXION ÉTHIQUE, RCP, MTEV)

RÉÉVALUER TT À 6 SEM POSO
OPTIMALE

LES ANTIDÉPRESSEURS

CITALOPRAM

DOSE INITIALE 5 À 10 MG

1X/JOUR

MAXIMUM 20 MG CHEZ LES + 65
ANS

ESCITALOPRAM

DOSE INITIALE 5 MG

1X/JOUR

MAXIMUM 10 MG CHEZ LES + 65 ANS

SERTRALINE

DOSE INITIALE 25 À 50 MG

1X/JOUR

MAXIMUM 200MG

MIRTAZAPINE

DOSE INITIALE 7,5 MG

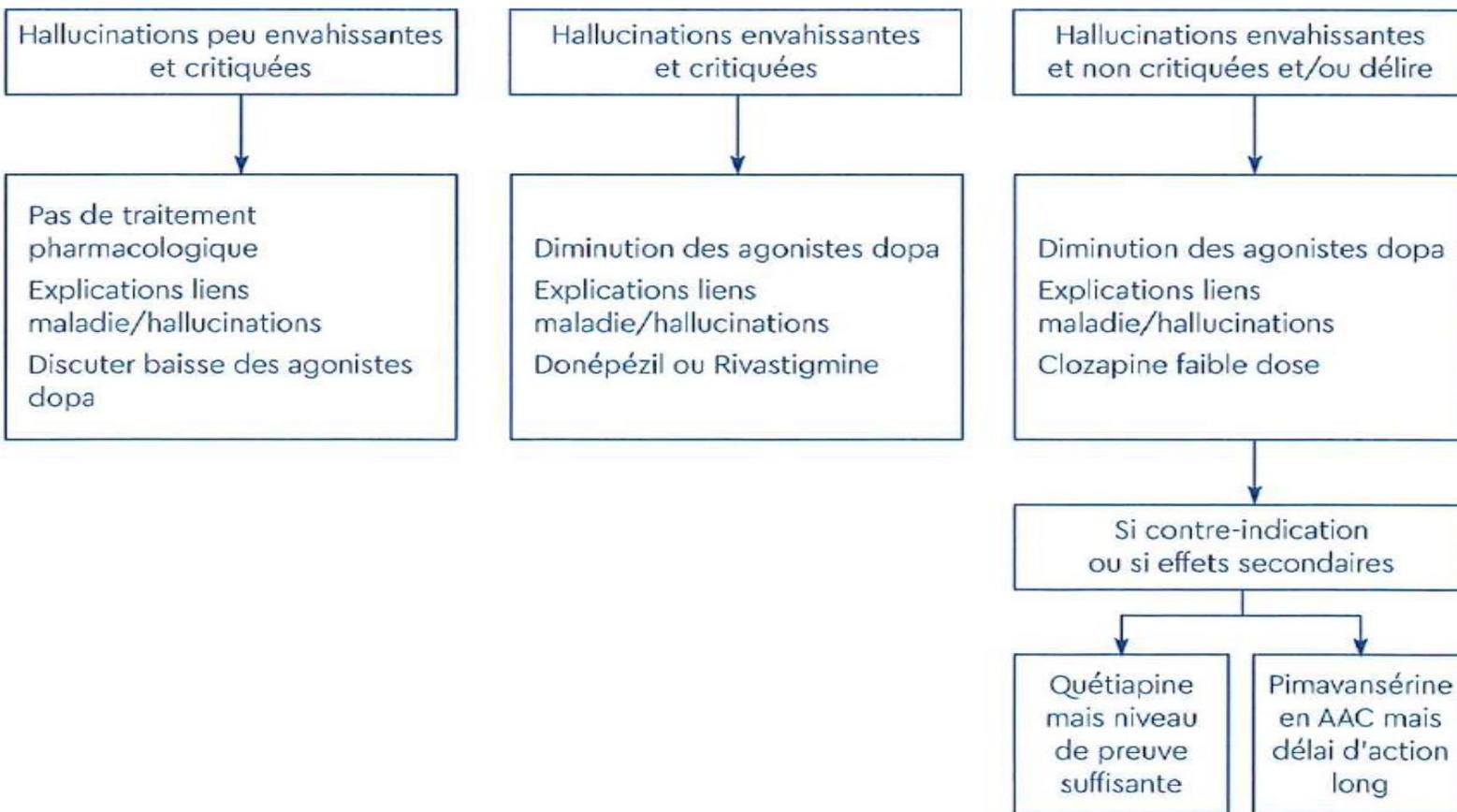
1X/JOUR AU COUCHER

MAXIMUM 45 MG

AGRESSIVITÉ PHYSIQUE

- MODÉRÉE: ISRS
- SINON APA:
 1. RISPERDONE 0,25-0,50 MG (MAXIMUM 1,5MG)
 2. ARIPIRAZOLE INITIAL 2MG/J (MAX 15 MG)
 3. OLANZAPINE 2,5-5 MG LE SOIR (MAX 10MG)
 4. QUETIAPINE LP 50MG LE SOIR (MAX 300-400MG)

Maladie à corps de Lewy ou démence parkinsonnienne avec hallucinations



MALADIE À CORPS DE LEWY

- **DÉLIRE:** CLOZAPINE ¼ CP COUCHER AUGMENTER SB, 2° QUÉTIAPINE
- **TB SOMMEIL PARADOXAL:** MÉLATONINE LIB IMMÉDIATE 3 À 12 MG AVANT LE COUCHER
- **DÉPRESSION:** SERTRALINE OU IRSNA OU MIRTAZAPINE (DÉPRESSION+TROUBLES DU SOMMEIL)
- **SYNDROME FRONTAL:** SERTRALINE, PAROXÉTINE
- **CATATONIE:** ARRÊT DES NEUROLEPTIQUES,
→ LORAZÉPAM : 1 MG X3 /J
- IRSNA: VENLAFAXINE, DULOXÉTINE

TROUBLES DU SOMMEIL

RÉVISION RÈGLES HYGIÉNO DIÉTÉTIQUES

SPORT, LIMITER SIESTE <30MIN/JOUR

EXPOSITION LUMIÈRE DU JOUR,
LIMITER LE TEMPS PASSÉ AU LIT,
ROUTINE DE COUCHER, RÉDUCTION
BRUIT+LUMIÈRE NOCTURNES

HEURES COUCHER LEVER

PHOTOTHÉRAPIE

CHI QIGONG

MUSICOTHÉRAPIE

TROUBLES DE L'ENDORMISSEMENT

ZOPICLONE

SI DOULEUR ASSOCIÉE: ANTALGIQUE PALLIER I

TEMPS TOTAL DE SOMMEIL ET MAINTIEN DU SOMMEIL

ZOPICLONE

MIRTAZAPINE SI TROUBLE DE L'HUMEUR ASSOCIÉ

TRAZODONE, MAIS EN ATU

QUALITÉ DU SOMMEIL ET RYTHME CIRCADIEN

ANTALGIQUE PALIER I

MELATONINE LP 2 MG OU LI 5MG

SI SCP MCL MELATONINE LI UNIQUEMENT PAR PALIERS
DE 3 MG, AUGMENTER TOUS LES 7 JOURS/ MAX 25 MG,
DURÉE MAX 6 MOIS

DEPRESSION

Rappel : dépression (thymie triste, souffrance psychique, émotions négatives++) ≠ apathie (émoussement des affects qu'ils soient positifs ou négatifs)

**Symptôme
Prédominant?**

Anhédonie avec tristesse :
Sertraline

Ou autre IRS : Citalopram,
Escitalopram

Avantage Sertraline : augmentation progressive de dose, moins d'effet sur le C
Avantage Citalopram et Escitalopram : moins d'effets sérotoninergiques

Anxiété, insomnie ou
perte de poids :
Mirtazapine

En 2nde intention si inefficacité / intolérance : IRSNA (Venlafaxine, Duloxétine).

SYNTHÈSE: PLACE DES ANTIDÉPRESSEURS

DÉPRESSION

SERTRALINE 50 À 200MG/JOUR

MIRTAZAPINE 15 À 45 MG/J

AGITATION

CITALOPRAM 10 À 20 MG

ESCITALOPRAM 5 À 10 MG

SERTRALINE 25 À 200MG

TROUBLES DU SOMMEIL

MIRTAZAPINE 15 À 30 MG LE SOIR

UNIQUEMENT SI SYMPTÔMES
DÉPRESSIFS ASSOCIÉS

ANXIÉTÉ

- PAS D'INDICATION DES BENZODIAZÉPINES SAUF EN TRAITEMENT PONCTUEL
- ANTIDÉPRESSEURS ISRS,
OU ISNA (VENLAFAXINE)

CRISE COMPORTEMENTALE

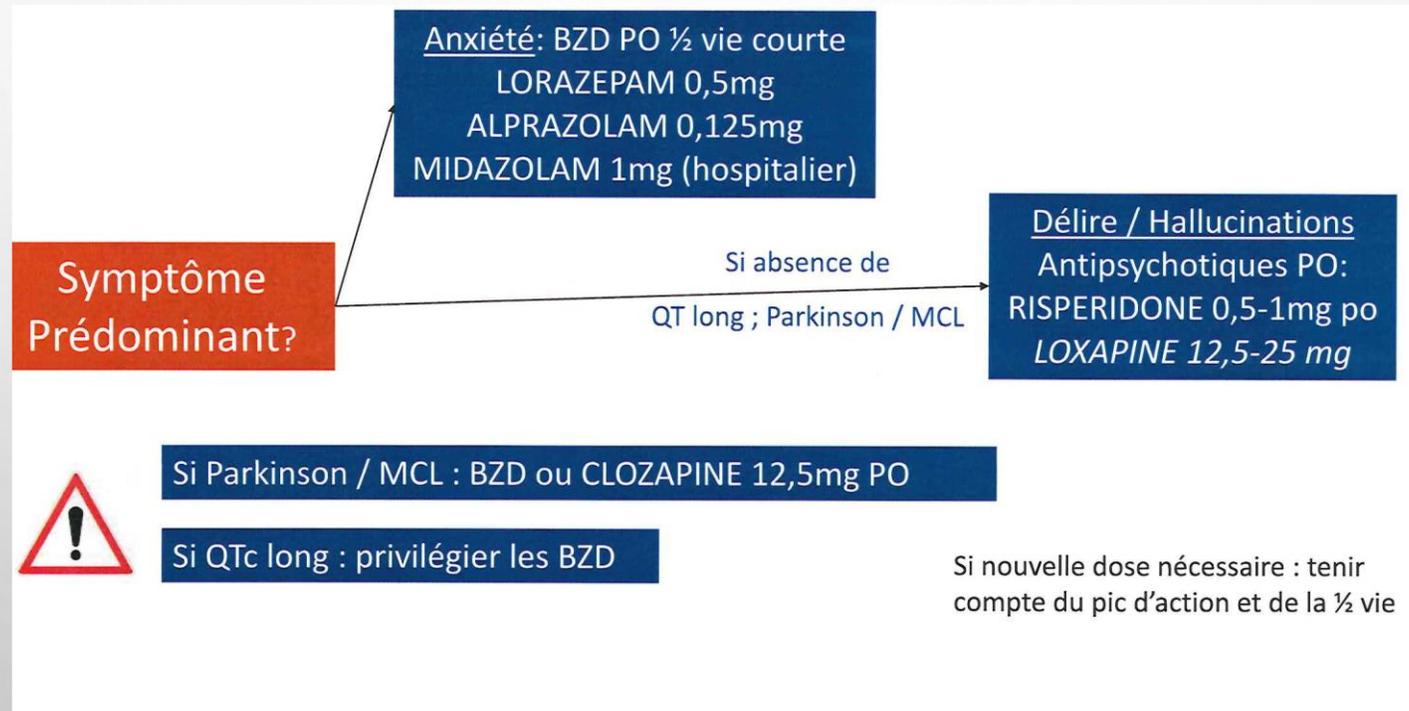
Définition proposée:

- Changement comportemental brusque, rompant avec l'état antérieur
- Urgence par la mise en danger du patient et son entourage avec besoin d'une décision rapide pour résoudre la crise
- Si la crise n'est pas résolue, le cycle se poursuit

Traitement: PEC du facteur déclenchant et actions non médicamenteuses en premier lieu

NB : si examen clinique impossible : sédation brève pas benzodiazepine de ½ vie courte

CRISE COMPORTEMENTALE



CRISE COMPORTEMENTALE

Si prise PO impossible

Anxiété: BZD injectable
MIDAZOLAM 1-2mg SC
(hospitalier)
LORAZEPAM 1mg IM
(hospitalier)

Si absence de
QT long ; Parkinson / MCL

Si nouvelle dose nécessaire : tenir compte du pic d'action et de la $\frac{1}{2}$ vie

Délire / Hallucinations
Antipsychotiques injectables :
LOXAPINE 25 mg IM
...

UTILISATION MIDAZOLAM

Rationnel de l'utilisation ponctuelle du MIDAZOLAM :

- pic d'action rapide : 30 min
- $\frac{1}{2}$ vie courte avec durée d'action maxi 2-3h

Poso maxi par injection : 3mg
Poso max sur la journée : 9mg

Réduire poso si insuff rénale ou hépatique, dénutrition

Attention car 2 concentrations de solution injectable existent



EN CONCLUSION

- COMPRENDRE LES DIFFICULTÉS DES RÉSIDENTS POUR MIEUX COMMUNIQUER.
- PRENDRE SOIN DE L'AUTRE ET PARTIR DE L'AUTRE.
- SAVOIR REMETTRE LE SOIN À PLUS TARD.
- LES THÉRAPIES NON MÉDICAMENTEUSES, ON EN USE.

- UN PSYCHOTROPE, CE N'EST PAS AUTOMATIQUE.