Les troubles psychiques et comportementaux dans la démence

Dr Véronique Griner-Abraham
Psychiatre CHRU de Brest

Démence?

Type? Localisation? Troubles cognitifs?

Restriction d'autonomie….
Mais pas que….
Catastrophe affective, familiale et sociale

2

A quoi pourraient servir les « psys »?

1) Dépistage à travers des tableaux cliniques déroutants
2) Suivi et soutien du malade et de l'aidant principal à domicile puis en institution
3) Anticipation, Adapter?

Les troubles psychocomportementaux

- Présents dans 80% des cas.
- Parfois depuis plus de 3ans avant le diagnostic

- Liés à:

la personnalité
Les affects
Le sexe
L'entourage
Le lieu de vie
Les capacités cognitives et adaptatives
L'étiologie de la démence

4

Trois types de troubles psycho comportementaux

Troubles affectifs	*Troubles psychotiques*	Troubles du comportement
dépression, jovialité, familiarité , désinhibition	Délire Hallucinations confusion	agitation, agressivité, anxiété, peur, panique, troubles des conduites élémentaires

5

Autres classifications possibles

- « il n'arrête pas »
- « Il ne fait rien »
- « il ne sait pas se tenir »
- « il est agressif »

Histoire naturelle des TPC dans la maladie d 'Alzheimer

7

SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence)

- Toute modification du comportement, par rapport au comportement antérieur.
- Perçu par l'entourage comme des complications..
- Les symptômes psychologiques sont retrouvés à l'interrogatoire du patient et de l'entourage…. l'anxiété, l'humeur dépressive, les idées délirantes et les hallucinations.
- Les symptômes comportementaux s'observent… l'agitation, l'agressivité, la déambulation, la désinhibition

Il n'arrête pas: comportement excessif

- Agitation verbale, vocale: cris, stéréotypies
- Motrice: déambulations, habillage, déshabillage, manipulations
- Persiste, s'aggrave..

Il ne fait rien: comportement régressif

- Apathie, aboulie, indifférence, somnolence
- Hygiène, habillage, repas, vie sociale

Il est agressif

- Verbale? Insultes, menaces…
- Physique? Agrippements, morsures, griffures, bousculades, coups…
- En général « au contact » d'un soignant pendant les soins..

Il ne sait plus se tenir: comportement inapproprié

- **Concerne la vie instinctuelle**
- **L'alimentation, le pudeur et la vie sexuelle, l'élimination urinaire ou fécale**

NPI: 12 items

1)Idées délirantes
2)Hallucinations
3)Agitation
4)Dépression
5)Anxiéte
´ 6)Euphorie
7)Apathie
8)Désinhibition
9)Irritabilité
10)Comportement moteur aberrant
11)Comportement durant la nuit
12)Modification de l'appétit et des comportements alimentaires

12 items dans 7 domaines

- Troubles de l'humeur dépression, euphorie
- Agitation
- Affectation de la personnalité: apathie, irritabilité, labilité
- Troubles psychotiques: délires hallucinations
- Anxiété
- Sommeil
- appétit

NPI

- **FRÉQUENCE :**
- 1. Quelquefois : moins d'une fois par semaine 2. Assez souvent : environ une fois par semaine
- 3. Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
- 4. Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps
- **GRAVITE :**
- 1. Léger : changements peu perturbants
  2. Moyen : changements plus perturbants 3. Important : changements très perturbants
- **RETENTISSEMENT :**
- A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel (pour vous, en tant que soignant, entourage)
- **0.** Pas du tout **2.** Légèrement **4.** Sévèrement
- **1.** Minimum
  3. Modérément
  5. Très sévèrement, extrêmement

Le sujet âgé

Événement?	Personnalité Anxiété ?	Passé?
L'entourage et l'environnement?	?	Vigilance? Isolement ? Sens déficients ?
Dépression?	Altération cognitive ou démence?	Délire?

Y a-t-il une vieillesse normale et une vieillesse pathologique?

- La vieillesse: le temps des pertes
  - -corps: organiques et fonctionnelles
  - -entourage: pertes affectives
  - -rôle social
- Comment y survivre? Comment s'en défendre le mieux possible?

17

Mécanismes de défenses du sujet âgé

- **3 mécanismes essentiels:**
- **1)Le déni avec projection et déplacement**
- **2)La régression: souffrance psychique et dissolution démentielle**
- **3)L'addiction**

18

18

« A ton âge, se droguer c'est criminel, à mon âge, c'est de ne le pas le faire qui est criminel ».

Plan

1)Troubles anxieux et personnalité?
2)Troubles de l'humeur

3)Troubles psychotiques

4)Troubles des conduites élémentaires

20

Les troubles anxieux

Anxiété

50 %

Un des signes les plus précoces

Très fréquent

Présent à tous les stades de la M.A. et a tendance à se majorer au fil de l 'évolution pouvant aboutir à des manifestations motrices

Angoisse d 'abandon, réactions de catastrophe face à l'échec

Personnalités Hystériques.

- Egocentrisme. Histrionisme… (dramatisation de l'expression des émotions très labiles, discours émotionnel, désir d'attirer l'attention et recherche d'affection, théâtralisme).

  (quête et dépendance affective…)

- Conduites de séduction (érotisée ou infantile).
- Suggestibilité, tendance à la mythomanie, intolérance aux frustrations.

22

Personnalités obsessionnelles.

Traits psychasthéniques:

- **Doutes, scrupules et vérifications.**
- **Indécision, lenteur.**
- **Inhibition affective, sociale ou sexuelle.**
- **Manque de spontanéité, contrôle des émotions.**

Caractère anal:

- **Ordre, perfectionnisme, économie,**
- **entêtement, moralisme rigide, angoisse de séparation, tendance aux regrets permanents.**

23

Personnalités phobiques

- **Timides**
- **Réservées**
- **Introverties**
- **Attitudes paradoxales contraphobiques**

24

Autres troubles de la personnalité

1)Psychopathiques, antisociales
2)Narcissiques:
- Borderline, états limites.
- Paranoïaque (de souhait, de combat, quérulents).
- Paranoïa sensitive(tableau d'hyperesthésie aux contacts sociaux, de sentiment d'infériorité…)

3)Schizoïdes: déficitaires, paranoïdes (troubles délirants persistants) paraphréniques

25

Les troubles de l'humeur

26

Le syndrome dépressif: aspects cliniques

Désir, agir, plaisir

- Tristesse de l'humeur fixe et permanente, indépendante du contexte(péjoration de lui-même, péjoration de l'avenir)
- Anesthésie affective et indifférence
- Perte d'intérêt, absence de plaisir

Le syndrome dépressif: aspects cliniques spécifiques et atypiques chez le sujet âgé.

5 masques à connaître! AADDS

1)Dépression anxieuse
2)Dépression agressive ou hostile
3)Dépression pseudo délirante
4)Dépression pseudo démentielle
5)Dépression à masque confusionnel ou somatique

La dépression anxieuse (1)

- **Préoccupations centrées sur des difficultés réelles. Aggravées par les défenses du sujet, par sa personnalité antérieure…**
- **Aspect de vieillissement prématuré.**
- **Associe souvent déambulation, errance, insomnie, irritabilité, alcool et médicaments.**

29

La dépression hostile(2)

L'angoisse se transforme en agressivité.
L'agressivité est une défense, évite l'effondrement dépressif.

30

La dépression pseudo délirante(3)

Pourquoi?

1)Valeur adaptative de protection contre l'angoisse et la chute dépressive, de remplissage d'un vide et restitution d'un sens à l'existence: un compromis entre externalisation et internalisation du vécu dépressif.

30% des sujets âgés délirent!

2)A thèmes de préjudice et d'intrusion: « on me vole » « mon conjoint n'est pas le mien » « mon domicile n'est pas le mien » « il y a quelqu'un chez moi ….On veut me faire partir »

3)Mécanismes interprétatifs, imaginatifs, hallucinatoires auditifs ou visuels…

La dépression pseudo délirante(3)

Thèmes?Préjudice et intrusion

Propriété	Santé	**Réputation**
Délire de vol, d'héritage convoité et d'ingratitude **Délire de préjudice**	**Délire hypocondriaque** **Délire de longévité,** **Délire de malveillance** **Délire d'infestation parasitaire**	**Érotomanie** **Jalousie** **Thèmes sexuels et de moralité**
Pertes d'objet liée à la vieillesse et vol d'objet da	**Intrusion de la maladie et de la mort** **Perte de fonctions corporelles,** **Perte d'intégrité du shéma corporel**	**intrusion de l'autre dans le couple** **intrusion des autres dans la vie qui nuisent à la morale**

32

32

La dépression pseudo démentielle(4)

- **Lié à des facteurs neurodégénératifs?**
- **Lié à l'échec de certaines défenses face à la souffrance? (déni,somatisations…).**
- **Se méfier du test thérapeutique pas forcément concluant.**

33

Dépression à masque somatique(5)

- **Mélancolique thèmes de transformations corporelles**
- **Hypocondrie: le patient parle de son corps (plaintes incessantes… convictions absolues…)**
- **Hystérie: le patient parle par son corps**
- **pathomimies avec des excoriations cutanées**

34

Dépression à masque somatique(5)
La place du thérapeute

- **La capacité à maintenir un lien avec le thérapeute permet de réaliser un investissement objectal et donc de dépasser un investissement uniquement narcissique.**
- **Accepter ses limites et celles de l'autre permet de restaure un sentiment de confiance avec l'environnement et soi-même, acquérir un sentiment de sécurité interne.**
- **Difficile….Obstacle à l'échange, Impression de vacuité de la pensée, Menace d'effondrement à notre tour ….**

Dépression à masque somatique(5)
La plainte corporelle

- **Transforme l'inadaptation en un symptôme médical acceptable et reconnu dans un système social**
- **Sert d'étayage à l'existence et protège le patient d'une souffrance psychique**

- **Le corps est un alibi à la relation.**
- **L'appel au soignant est un appel à un autre, pour transformer les pertes et trouver de nouvelles issues .**
- **Toute culture offre de telles figures**

Dépression à masque somatique(5)
Le syndrome de glissement: 3 critères

- **Réduction de l'alimentation,de la locomotion,de la communication**
- **Ressenti de renoncement vécu par les aidants**
- **Pas de cause évidente**

- **Dépression à masque résigné?**
- **Accompagnerait un accident somatique?**
- **Refus de nourriture: conséquences?**
- **Pronostic ?**

Démences et dépression: liens?

- **La dépression et la démence sont les deux pathologies les plus fréquentes des + 65 ans**
- **un score élevé à l'échelle de dépression était associé à une majoration de 10% du risque de démence au terme des 5 ans.**

- **Concept de pseudo-démence?**
- **Utilisé jusqu'à ces dix dernières années.**
- **Problème du Dg différentiel entre Démence et Dépression.**
- **Notion d'épreuve thérapeutique.**
- **Concept abandonné…**

38

La dépression des patients déments est-elle liée à leur perception du déficit cognitif?

- Oui aussi si l'on garde l'idée que l'intensité de l'affect dépressif pourrait varier en proportion inverse avec le degré d'anosognosie (Pellerin)
- Réponse plus nuancée si l'on considère que la maladie dépressive peut également être un trouble secondaire à la démence, lié soit à des facteurs neurodégénératifs, soit à l'échec de certaines défenses face à la souffrance (déni, somatisations…)

39

Ne pas méconnaitre ces troubles silencieux peu dérangeants….

Humeur dépressive, ralentissement psychomoteur, signes associés (anxiété, irritabilité, insomnie, fatigue

Refus de soins ,de s'alimenter, de se lever: équivalents suicidaires?

Brutal? Rechercher idées suicidaires, sédation et antidépresseurs…

40

Brutal? Rechercher idées suicidaires+++

- A 75 ans, on se suicide 3 fois plus qu'à 25 ans
- A 85 ans,4,5 fois plus
- Après 75 ans,les hommes se suicident 4 à 5 fois plus que les femmes, 75% par pendaison, défenestration, noyade
- Rapport S/TS: a 25 ans 1/22 (h) et 1/160 (f). Après 65 ans 1/1(h) et 1/3(f).

41

Et le suicide assisté…

- Suicide de désespoir différent du suicide de stoïcien (dernière occasion de bien juger et de bien choisir ,dernier acte de notre vie)
- La prise de décision de rester en vie est plus fréquente que celle de se donner la mort.

42

dépression? ou apathie?

Rechercher d'autres signes pour authentifier le diagnostic, rechercher les problèmes somatiques
Traitement relationnel: proposer et non imposer, prendre en compte la dépression de l'aidant, accompagner le retour vers des conduites normales (se nourrir, se mobiliser)
Traitements médicamenteux: traiter les problèmes physiques avant toute prescription. Prescrire des antidépresseurs en tenant compte du terrain.

43

Apathie

- **Perte d'initiative, d'intérêt pour les activités de la vie quotidiennes, de l'engagement social(discussions, activités…) indifférence aux autres, à la famille**
- **Rarement brutal, plutôt insidieux, diagnostic différentiel avec une obnubilation d'origine somatique ou apparition et aggravation d'un état dépressif (mélancolie stuporeuse)**

44

Apathie

- **Chronique? Suspendre les traitements sédatifs, penser à une dépression, rechercher des signes psychotiques, évoquer une désafférentation sensorielle**
- **Relationnel? Écouter la famille et les aidants, retisser les liens familiaux, élaborer un projet de vie et de réassurance narcissique.**

45

Euphorie

- **Euphorie constante et injustifiée, indépendante des événements de vie, labilité émotionnelle**
- **Brutale? Penser iatrogénie (corticoïdes, antidépresseurs, alcool)**

46

Euphorie

- **Chronique? Sensibilité aux psychotropes? Personnalité antérieure?**
- **Relationnel: évaluer la tolérance familiale…**
- **Médicamenteux: aucune urgence à prescrire, pas de sédation systématique, baisser la posologie des psychotropes prescrits**

47

Euphorie

- **Chronique? Sensibilité aux psychotropes? Personnalité antérieure?**
- **Relationnel: évaluer la tolérance familiale…**
- **Médicamenteux: aucune urgence à prescrire, pas de sédation systématique, baisser la posologie des psychotropes prescrits**

48

Les troubles psychotiques: délires hallucinations

49

Sd confusionnel : fréquence

Prévalence à l'admission à l'hôpital
(> 65 ans)10 à 22 %

Incidence en cours d'hospitalisation
Médecine 15 à 42 %
Chirurgie 65 %
USI 80 %
Soins palliatifs 80 %

Sd confusionnel : critères diagnostiques

Perturbation de la conscience avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention

Modification du fonctionnement cognitif (troubles de mémoire, désorientation, troubles du langage) ou perturbations des perceptions (hallucinations)

Installation en un temps court (heures ou jours), évolution fluctuante au cours de la journée

Perturbation due à
Une affection médicale générale
Une intoxication, un effet secondaire
Un sevrage
De multiples facteurs

Sd confusionnel / démentiel

« L'existence de troubles cognitifs ne permet pas de faire la distinction entre confusion et démences »

Arguments en faveur d'une confusion
Début brutal
Trouble de la vigilance
Fluctuation rapide des symptômes

Situations complexes : la démence à corps de Lewy
HAS, 2009

Le syndrome confusionnel chez les patients déments

Prévalence : 22 – 89 % (> 50 % : hôpital)

Diagnostic non fait : 88 %
Forme hypoactive + fréquente
Évolution de la démence

Toute modification aiguë de la cognition et/ou du comportement doit être considérée comme un syndrome confusionnel

Sd confusionnel et démentiel

« Un patient atteint de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée est un patient à risque de confusion aiguë »

Savoir y penser devant
toute aggravation brutale des fonctions cognitives
toute modification de la vigilance
ou du comportement
HAS, 2009

Troubles psychotiques

Apparition tardive et pronostic défavorable
Délires ou idées délirantes 40 %
Convictions fausses et inébranlables mais fluctuantes
« J'ai été attaqué par des mouches venues de chez le voisin »
Thématique du vol fréquente
Hallucinations 10 à 50 %
Fluctuantes parfois fugaces, visuelles surtout
« Docteur : elle voit des poussières partout ! »

Troubles de l'identité 25 %

Dans les stades évolués de la maladie
Perte de la reconnaissance (lieu, personnes)
Troubles de la reconnaissance de sa propre image
Fausses reconnaissances
Phénomène de « fantôme », conviction erronée d'une présence
Délire de « Capgras » : non reconnaissance d'un proche alors que la ressemblance est soulignée, identification d'un sosie

Idées délirantes

- **Croyance inébranlable en la réalité d'une idée fausse**

(interprétation erronée des faits, illusion sur la réalité….)

- **D'apparition brutale: évoquer d'emblée les syndromes confusionnels et bilan en urgence orienté par les signes d'appel, sans traitement psychotrope en urgence avant les résultats de la recherche étiologique**

56

Idées délirantes

- D'évolution chronique: analyser la tentative d'adaptation à une réalité trop difficile et traiter la décompensation psychotique d'un terrain fragile.
- Traitement non médicamenteux: respecter le délire en l'absence de souffrance du patient et de l'entourage (sans y adhérer) Maintenir le contact avec l'entourage, déculpabiliser l'entourage, rassurer le patient.
- Médicamenteux: intérêt des traitements anticholinestérasiques, intérêt des neuroleptiques atypiques.

57

Le délire

Valeur adaptative de protection contre l'angoisse et la chute dépressive, de remplissage d'un vide et restitution d'un sens à l'existence

A thèmes de préjudice et d'intrusion: « on me vole » « mon conjoint n'est pas le mien » « mon domicile n'est pas le mien » « il y a quelqu'un chez moi » On veut me faire partir

Mécanismes interprétatifs, imaginatifs, hallucinatoires auditifs ou visuels

58

Le thème ?

- Le moyen le plus simple est de savoir faire parler et écouter la personne âgée
- Persécution(famille,voisins,en général une personne précise)
- Jalousie
- Hypocondrie

59 59

Non reconnaissance du conjoint

- Entre dans la catégorie des prosopagnosies
- On peut voir aussi des syndromes d'identification erronée: des gens vivent dans la maison, la télévision est bizarre
- Syndrome de Capgras: négation délirante de l'identité d' une personne connue, physiquement identique mais psychiquement différente (illusion du sosie)
- Distorsions anciennes de l'entente conjugale?

60 60

Compagnon tardif

- La perte d'objet (fréquente à cet âge)demande un travail de deuil où l'introjection de l'objet perdu dans le Soi reste l'acte psychique créateur, qui prend chez le dément une autre voie.
- Compagnon imaginé, halluciné,reporté sur un aidant ou sa propre image spéculaire ou sur un objet inanimé
- La psyché s'aplatit en retournant de plus en plus vers ses origines corporelles ou sensorielles: ce compagnon imaginaire(presque systématique dans l'évolution de la maladie) est étonnant!

61

61

Thèmes?Préjudice et intrusion

Propriété	Santé	Réputation
Délire de vol, d'héritage convoité et d'ingratitude Délire de préjudice	Délire hypocondriaque Délire de longévité, Délire de malveillance Délire d'infestation parasitaire	Érotomanie Jalousie Thèmes sexuels et de moralité
Pertes d'objet liée à la vieillesse et vol d'objet da	Intrusion de la maladie et de la mort Perte de fonctions corporelles, Perte d'intégrité du shéma corporel	intrusion de l'autre dans le couple intrusion des autres dans la vie qui nuisent à la morale

62

62

Les mécanismes: hallucinations le plus souvent

- **Par ordre de fréquence:**
  - **auditives(bruits,mots paroles significatives)**
  - **Psychiques: idées imposées, voix intérieures**
  - **cénesthésiques(plus fréquentes qu'on ne le croit, passent inaperçues(difficile à distinguer des plaintes somatiques))**
  - **olfactives,très caractéristiques de la personne âgée et interprétées de manière maléfique, persécutrice,**
  - **visuelles,sont très rares et doivent faire envisager une atteinte de la fonction visuelle**

63

63

Hallucinations: A traiter?

- **confusion iatrogène (arrêter la molécule incriminée) ou comitialité**
- **D'évolution chronique: si DTA, traitement anticholinestérasique, déficits sensoriels (ORL et visuel), traiter et appareiller si possible**
- **Traitements psychotropes en cas d'étiologie psychiatrique**
- **Médicamenteux: antipsychotiques à réserver aux patients en souffrance psychique ou gênants pour l'entourage, traitements anxiolytiques en cas d'anxiété associée**
- **Relationnel: admettre les hallucinations si elles sont peu gênantes, ne pas sédater, maintenir le contact avec l'environnement, rassurer le patient, expliquer le symptôme à la famille**

64

Fonction du délire

- **Cette conviction d'être atteint dans sa personne physique et morale n'est pas qu'un vécu persécutoire: elle constitue une modalité de lutte contre l'isolement, la solitude affective et la dépression**
- **L'avènement du délire représente le retour d'un sentiment de réalité mais aussi d'une certaine capacité à penser. Il s'agit de redevenir un bon objet et de retrouver l'estime d'autrui en projetant ses propres insuffisances .**

65 65

Points particuliers

- **Pas d'idées d'influence, ni de phénomènes d'automatisme mental**
- **Pas de troubles du cours de la pensée, le sujet n'est pas coupé du monde réel**
- **Fonction différente**

66 66

Troubles du comportement :

Agitation, agressivité, troubles des fonctions élémentaires

67

Agitation : impose d'abord recherche urgente avant de parler démence!!!!

1)Pathologie organique

2)iatrogénie?

68

Troubles intriqués à une pathologie

Déshydration,Troubles hydro-électrolytiques
Globe vésical; fécalome
Handicaps sensoriels
Hypoglycémie
Alcoolisme
Urgence vitale…
Infections
douleur organique (test antalgique)

69

Comportement moteur aberrant

Identifier le comportement moteur aberrant : « *Il fait les cent pas !* » « *Il répète sans arrêt le même geste !* »

- **Déambulation**
  - **Le patient erre sans but précis.**
- **Répétitions gestuelles**
  - **Il range - dérange, tourne sans arrêt les robinets…**
- **Akathisie**
  - **Il ne peut pas rester assis ou allongé (souvent liée à la prise de neuroleptiques).**
- **Syndrome de Godot**
  - **Il suit partout l'aidant principal ou un soignant.**
- **Stéréotypies**
  - **Il compte à voix haute,**
  - **Il répète la même question ou le même refrain de façon incessante ou crie sans cesse « maman ».**
- **Ces comportements n'ont pas forcément un sens et peuvent permettre une autostimulation à la personne pour lutter contre l'ennui, l'angoisse ou se sentir exister.**

70

Troubles de l'appétit

Identifier les troubles de l'appétit :

- Une baisse d'appétit est fréquente, avec trouble de la satiété, perte du goût et de l'odorat
  - Risque de dénutrition avec accélération du déclin cognitif, risque de fonte musculaire et donc de chute.
- L'hyperphagie peut s'observer avec augmentation de la ration alimentaire, grignotage entre les repas, le plus souvent sucré

71

Troubles du sommeil:40%

Identifier les troubles du sommeil :

« *Il ne dort plus, il inverse le jour et la nuit* »

- Une fragmentation du rythme de sommeil est fréquemment observée jusqu'à l'inversion totale du rythme jour / nuit
- Des états d'hyperactivité sont parfois rencontrés uniquement à des horaires précis, le plus souvent après 16 heures : c'est le phénomène du coucher de soleil (Sundowning)

72

Troubles des conduites sexuelles et de la des inhibition

- Recadrer le patient sur les limites sociales
- Si cela conduit à une agitation ou à des conduites socialement négatives: le traitement peut être en cause
- En cas de troubles de la sexualité
  - Problème éthique avec des discussions au cas par cas.
- En cas de relations entre deux résidents
  - Les deux partenaires doivent être consentants (problème si malades évolués),
  - Le patient ne doit pas mettre mal à l'aise les autres résidents, ni les agresser,
  - Mais de belles histoires peuvent naître aussi en EHPAD !

73

Troubles des conduites d'élimination / Incontinence

Identifier l'incontinence :

- Incontinence urinaire
  - Nocturne en premier
  - Puis nocturne et diurne
- Incontinence fécale plus rare, dans les formes évoluées
  - Mais peut-être le patient a-t-il du mal à repérer les toilettes surtout la nuit ?
  - Ou n'a-t-il pas le temps d'y arriver ?
  - Ou présente-t-il des difficultés praxiques pour se déshabiller ?
  - Ou gnosiques pour reconnaître le lieu et savoir s'en servir ?

74

Prévenir les troubles

- Éviter tout changement brutal, non préparé
- Expliquer toujours au résident ce que vous faites
- Créer autour du patient un environnement apaisant et simplifié :
  - Pas trop de bruit,
  - Pas trop de monde,
  - Pas de signe incompréhensible.
- Rythmer les journées. Ne pas laisser le patient trop souvent sans stimulation
- Maintenir une activité physique
- Alterner activités stimulantes et apaisantes

75

Démarche diagnostique :
le raisonnement gériatrique

Devant un symptôme comportemental :
Quitter l'analyse univoque médicale classique…
C'est un sd démentiel
Non un sd confusionnel !
Enfin c'est un épisode délirant !!!
… pour l'analyse gériatrique multifactorielle :
Le tableau clinique associe :
une composante cognitive
une production délirante
Une composante dépressive
Un fécalome
De la fièvre
De la douleur

Démarche diagnostique :
Analyse de situation

Qui?
Où ? Quand ? A quel moment de la journée?

Changement récent?
Comment ?
Pourquoi ? Quel sens donner?

Analyse de situation

- **Qui?**
- **Où ?** →
- **Quand ?** →
- **Comment ?** →
- **Pourquoi ?** →

- **Dans quelles circonstances Quelle situation? Facteurs déclenchants?**
- **A quel moment de la journée?**
- **Quel est ce trouble?Depuis combien de temps?**
- **Quel sens donner?**

Situations à risques

Événement de vie stressant récent :
Et tout événement imprévu ou de survenue brutale

Stress physique récent (Fécalome, rétention urine, infection, Anesthésie généraleTraumatisme crânien
Toute maladie intercurrente)

Atteinte de l'intégrité physique (atteintes sensorielles, handicaps moteur

Douleurs aiguës ou chroniques

Environnement: Trop bruyant, induisant une stimulation excessive, ou carence,comportements inadéquats de l'entourage,changements de
cadre de vie

Démarche diagnostique

Évaluation structurée, hiérarchisée et personnalisée :
apprécier le degré d'urgence, de dangerosité ou de risque fonctionnel à court terme
(pour le patient ou pour autrui ? Qui trouble le trouble?)
interroger et examiner le patient, et interroger l'entourage (aidants, professionnels)
sur l'ancienneté et les caractéristiques du trouble,les signes d'alerte éventuels, les circonstances de survenue
rechercher une cause somatique (rétention d'urine, infection, douleur aiguë, fécalome...)
psychiatrique (crise d'angoisse sévère) à traiter en priorité

rechercher des facteurs iatrogènes à corriger
approfondir l'évaluation clinique des troubles (intensité, retentissement)
compléter l'enquête étiologique :
faire le point sur les capacités sensorielles et cognitives,
identifier les facteurs prédisposants (de fragilité, d'environnement, de mode de vie),
rechercher les facteurs déclenchants ou de décompensation : événements ponctuels, problèmes relationnels, attitude inadaptée des aidants.
L'évaluation clinique et l'enquête étiologique doivent être répétées à différents moments de la prise en charge si le trouble persiste.

Prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses

81

Traitements médicamenteux: les grands principes!

Spécifiques de la maladie

Spécifiques du symptôme invalidant : quels psychotropes?

Traitement des comorbidités capital(inutile de prescrire des sédatifs si fécalome ou infection urinaire!)

Sevrage progressif de certains traitements néfastes mais toujours évaluer le bénéfice risque en fonction de la clinique!

Prescrire en gériatrie, c'est toujours choisir entre deux inconvénients!

82

Traitement des co-morbidités

- Traiter les facteurs de risques

  cardio-vasculaires
  dépression, anxiété
  dénutrition, carences nutritionnelles

- Traiter les maladies intercurrentes

  bronchites
  infections urinaires, fécalomes

83

Usage des antidépresseurs dans

- **TAG: trouble anxieux généralisé**
- **Phobie sociale**
- **PTSD**
- **TOC**
- **Attaques de panique**

84

Les psychotropes

Les antipsychotiques classiques et atypiques

Ils sont **actifs sur les signes psychotiques**,

ainsi que sur l'agitation et l'agressivité qui en découlent.

Les antipsychotiques atypiques et classiques exposent à un risque plus élevé de décès et d'accidents vasculaires cérébraux. Leur usage est déconseillé chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Leur usage est fortement déconseillé dans la maladie à corps de Lewy pour les mêmes raisons et du fait de leurs effets secondaires neurologiques (effets extra-pyramidaux).

Avant toute prescription d'un antipsychotique, il est recommandé d'évaluer le **rapport bénéfices/risques** en tenant compte :

de ses effets secondaires neurologiques extra-pyramidaux (akathisie, syndrome parkinsonien, dyskinésies tardives) ;

du risque de :

chutes,

fausses routes alimentaires,

sédation excessive,

troubles métaboliques,

hypotension orthostatique,

troubles du rythme,

troubles de la conduction cardiaque ;

de ses éventuels **effets anticholinergiques = plus d'Atarax® !**

risque de troubles cognitifs, de constipation, de rétention urinaire

Il est recommandé de ne prescrire un antipsychotique qu'en cas de trouble psychotique sévère et non contrôlable autrement,

après échec des autres mesures non médicamenteuses

ou **en cas d'urgence** (danger pour le patient lui-même ou pour autrui).

AUTRES PSYCHOTROPES

BENZODIAZEPINES

à éviter sinon demi-vie courte = seresta temesta

la posologie minimale efficace

pour le sevrage progressif, utiliser une benzo à demi-vie longue et maniable type lysanxia gouttes

Neuroleptiques antipsychotiques (Tercian, risperdal, loxapac, tiapridal, zyprexa...et les autres…)

87

Traitement non médicamenteux

- **Agir sur l'environnement**
  lumières, couleurs pastels, espace de déambulation
- **Attitude apaisante**
  parler lentement, une seule consigne ou question à la fois, parler face à la personne, ne pas crier
  ne pas contraindre ou frustrer
  comportement de valorisation
  éviter la mise en échec
  tolérer les « bêtises »
- **Maintenir un cadre stable et une routine structurante**
- **Corriger la vue, l'audition, l'état buccal**
- **Attention aux chaussures(éviter talons aiguilles , santiags et mules à pompons…)**

88

Autres prises en charges

- **Psychothérapies.**
- **Faire le bilan de vie.**
- **Thérapie par radotage**
- **Redonner capacité à prendre du plaisir**
- **Hygiène de vie: mobilité, luminothérapie, alimentation….**

Abord psychopathologique

- **Lire différemment les troubles.**
- **Reconnaître le processus défensif derrière une certaine symptomatologie fonctionnelle et savoir le respecter.**
- **Rechercher du sens derrière les comportements.**
- **Faire avec l'histoire du sujet, sa personnalité, ses traumatismes, son monde.**
- **Reconnaître la primauté du savoir affectif sur le savoir intellectuel, s'intéresser plus au plaisir de fonctionner qu'au déplaisir de décliner.**
- **Accepter et faire partager que l' « être » prenne le pas sur le « faire ».**

90

Famille

- N'est pas en soin
- Déculpabilisation
- Explication, information
- Resituer dans son rôle affectif
- Écoute

91

Traitement non médicamenteux

- Informer, écouter et souter les aidants familiaux et professionnels
- Faire appel aux ergothérapeutes, kinésithérapeutes, neuropsychologues, et orthophonistes.
- Hôpitaux de jour, Réseaux, centres d'accueil de jour
- Bistrot mémoire

Les communications non verbales

93

Objectifs spécifiques de la musicothérapie chez le dément

1) **Favoriser l'expression de soi et la communication non verbale et analogique**
2) **Trouver des repères dans un rythme, un espace temps maîtrisable**
3) **Renarcissisation**
4) **Plaisir, créativité, recréativité**
5) **Vie sociale**
6) **Stimulation des fonctions cognitives fragilisées**

94

Le toucher

- **Importance vitale**
- **Le premier de nos sens à se développer, le dernier à s'éteindre .**
- **Si notre besoin de toucher et d'être touché est inhibé, le développement affectif est perturbé**

95

- **Ont perdu toute maîtrise et toute volonté de maîtrise**
- **Ne se protègent plus en niant les émotions qui s'expriment sans contrôle**
- **Sont dans une phase de bilan, pas de développement…**
- **Les apprentissages précoces et solidement ancrés perdurent: quand la mémoire à court terme s'estompe, les apprentissages précoces refont surface (principe d'homéostasie)**
- **Un évènement actuel peut déclencher la résurgence d'un souvenir ancien: passé et présent se confondent**
- **Une perte physique actuelle peut faire ressurgir le souvenir d'une émotion ancienne (perdre la vue à 90 ans ravive la terreur d'avoir été enfermé dans le noir à 5 ans…)**

96

Conclusion

Intérêt d'une réflexion
Le dépistage d'une maladie d'Alzheimer sous-jacente
L'amélioration de la qualité de vie des malades et des proches
« On ne traite pas un symptôme, mais un diagnostic »
Traiter oui mais respecter la valeur adaptative du symptôme
Prévenir plutôt que de glisser dans l'escalade médicamenteuse (environnement +++)
Hiérarchiser les interventions non pharmacologiques et pharmacologiques
Toujours inscrire le soin dans une réflexion éthique

Ne méfier de nos projections, ne pas être dupes de nos filtres ni de notre fonction!

Ne jamais croire que la relation est impossible :

Traiter l'autre comme un objet est le meilleur moyen de le tuer socialement et mentalement

98