



Place de la pluridisciplinarité dans la gestion des troubles psychologiques et comportementaux de la personne âgée

Dr Eric Kiledjian, Mme Sylviane Aguilera, Mme Stéphanie Escanez



Contexte pathologique

- ♦ **Syndrome confusionnel**: urgence médicale, trouble aigu comportant un trouble ou une fluctuation de la vigilance
- ♦ **Anxiété** : hypocondrie, angoisse paroxystique
- ♦ **Dépression**: hostile
- ♦ **Trouble de la personnalité**: paranoïde, antisociale
-tendance à la critique, à la victimisation, centrément sur soi, besoin de contrôler, méfiance, anxiété, faible compliance-
- ♦ **Démence**
- ♦ **Psychose vieillie**



Mode évolutif

Aigu: évènement nouveau, facteur déclenchant

- **iatrogène** (médicaments, contention, environnement)
- **somatique** (rétention, fécalome, infection, douleur, troubles ioniques Na, hypoxie)
- **attitude de l'entourage** (interactions inadaptées, épuisement des aidants)

Chronique:

- symptôme lié à la maladie d'Alzheimer ou autre démence
- trouble psychiatrique
- environnement inadapté

Types de troubles

- NPI: Neuro Psychiatric Inventory

Outil validé d'évaluation des troubles comportementaux

- 12 situations, 3 groupes :

- **Idées délirantes**
 - **Hallucinations**
 - **Agitation/agressivité**
 - **Impulsivité/désinhibition**
 - **Irritabilité/instabilité de l'humeur**
 - **Comportement moteur aberrant**
 - **Exaltation de l'humeur/euphorie**
 - **Apathie/indifférence**
 - **Dépression/dysphorie**
 - **Anxiété**
 - **Troubles du sommeil**
 - **Troubles de l'appétit et de l'alimentation**
- Symptômes psychotiques
- Symptômes positifs
- Symptômes négatifs



Idées délirantes

- ♦ Croyance inébranlable en la réalité d'une idée fausse: préjudice, jalousie, persécution, intention d'abandon, hôtes indésirables sous son toit, images réelles (TV...)
- ♦ **Approche relationnelle:**
 - ♦ Ne pas s'opposer frontalement
 - ♦ Ne pas adhérer au délire
 - ♦ Rassurer le patient
 - ♦ Déculpabiliser et rassurer l'entourage
 - ♦ Respecter le délire en l'absence de souffrance du patient et de l'entourage
- ♦ **Approche médicamenteuse:** NRL antipsychotique, RISPERDAL 0,2 à 2 mg/jour



Hallucinations

- ♦ Perceptions sans objet: *auditives, voix de personnes ou d'animaux, visuelles, lumières, sensations sur la peau (poux)*
- ♦ Etiologie:
 - ♦ MA, Démence à Corps de Lewy, maladie de Parkinson
 - ♦ médicaments (anticholinergiques, agonistes dopaminergiques)
- ♦ ***Approche relationnelle:***
 - ♦ Admettre si peu gênantes
 - ♦ Ne pas s'opposer / ne pas adhérer
 - ♦ Rassurer
 - ♦ Expliquer le symptôme à la famille
- ♦ ***Approche médicamenteuse:*** NRL antipsychotique



Agitation / agressivité

- Refus de coopérer, de se laisser aider, opposition, cris, colère, gestes, violence verbale / physique
- Etiologie:
 - maladie somatique douloureuse,
 - souffrance psychique, anxieuse ou dépressive
- ***Approche relationnelle:***
 - parfois le seul mode d'expression résiduel
 - cadre de vie sécurisant
- ***Approche médicamenteuse:***
 - NRL antipsychotique
 - Antidépresseur
 - Thymorégulateur: DEPAMIDE, DEPAKOTE, anti-épileptiques
 - Anxiolytique



Impulsivité / inhibition

- ♦ Gestes, actions, paroles indélicates ou blessantes, familières, grossières, thème sexuel, privées ou intimes
- ♦ Étiologies: MA, Démence Fronto-Temporale, alcool
- ♦ ***Approche relationnelle:***
redonner un cadre, redire les convenances
- ♦ ***Approche médicamenteuse:***
 - ♦ IRS
 - ♦ NRL antipsychotique
 - ♦ thymorégulateur



Irritabilité / instabilité de l'humeur

- ♦ Trouble du caractère, impatience anormale, accès de colère, cherche les disputes, grincheux
- ♦ Étiologie:
 - ♦ douleur
 - ♦ dépression, souffrance psychologique réactionnelle (cf environnement)
- ♦ **Approche relationnelle:**
garder/retrouver une place dans la famille/l'institution
- ♦ **Approche médicamenteuse:**
 - ♦ antidépresseur
 - ♦ thymorégulateur
 - ♦ (anticholinestérasique, memantine)
 - ♦ éviter de sédaté



Comportement moteur aberrant

- ♦ Déambulation, démarche incessante non finalisée, rangement/dérangement, habillage/déshabillage, stéréotypies: gestes, tapoter, balancer, tripoter, paroles ou cris répétitifs
- ♦ ***Approche relationnelle:***
 - ♦ cadre de vie sécurisé
 - ♦ canaliser l'énergie du patient
- ♦ ***Approche médicamenteuse:***
 - ♦ anxiolytique
 - ♦ thymorégulateur?
 - ♦ IRS?



Exaltation de l'humeur / euphorie

- ♦ Trop joyeux, rires puérils, injustifiés, inadaptés
- ♦ Étiologies:
 - ♦ MA, DFT,
 - ♦ encéphalopathie vasculaire (rire et pleurer spasmodique),
 - ♦ alcool,
 - ♦ antidépresseur (virage maniaque)
- ♦ Approche médicamenteuse? Thymorégulateur



Apathie / indifférence

- ♦ Trouble de l'initiation avec 3 composantes possibles: cognitive, émotionnelle, fonctionnelle.
Perte d'intérêt, de motivation, aspontanéité, indifférence aux autres, diminution de l'affectivité
- ♦ Étiologies:
 - ♦ MA
 - ♦ hypothyroïdie, douleur, troubles métaboliques, insuffisance cardiaque...,
 - ♦ médicaments sédatifs
- ♦ Approche médicamenteuse:
 - ♦ anticholinestérasique,
 - ♦ antidépresseur?



Un quotidien ordinaire...

Monsieur M, présentant une maladie d'Alzheimer évolutive depuis 5 ans vit très difficilement les soins d'hygiène....

Madame C, devient apathique depuis 2 semaines, elle refuse tout contact avec son entourage et les professionnels de soin.



Comment aborder un trouble du comportement ?

- Les troubles du comportements et surtout les **réactions** qu'ils provoquent sont difficiles à supporter
- Les troubles du comportements ne sont pas forcément dangereux mais font régner un **climat général négatif** = altération de la qualité de la relation
- Importance d'accorder un autre regard



Compréhension du symptôme

- Trouble du comportement = symptôme signifiant dans un parcours de vie? Resituer dans l'histoire, donner un sens.
- Les modifications du comportement sont à **entendre** pour les **identifier** et les **analyser**
- Les personnes âgées font face:
 - à la problématique du deuil: pertes d'efficacité, pertes relationnelles, pertes environnementales
 - et à la problématique narcissique: identité et estime de soi
- Le contrôle et l'action possibles sur ces modifications reposent sur un **travail de compréhension**



Comprendre ce qui se passe pour l'expliquer

« *Un comportement déraisonnable n'est pas un comportement sans raison* »

Comprendre qu'elles sont les répercussions de ce trouble du comportement pour :

- le malade
- la famille
- le soignant

Cause déclenchante, fréquence, moment, modalité plus ou moins brutale, témoin du trouble.



Pour le patient âgé :

- Anxiété, angoisse, agressivité...: Sensation pénible pour le patient = Climat de frustration et de tension

Ne pas oublier le patient, ce qu'il peut vivre de son trouble qu'il a du mal à maîtriser.

- Les réactions négatives multiplient les jours difficiles.
- Désespoir et cercle vicieux.
- Mauvaise prise en charge avec risque de «maltraitance» et d'abandon / mise à distance.



Pour l'entourage

- Les conséquences du trouble du comportement sont lourdes pour l'état physique et psychique de l'entourage.
- Complications de la prise en charge : stress, tensions, rupture de relation.
- Honte / Culpabilité de ce que leur parent fait vivre aux professionnels.
- La question de la manipulation relationnelle et du « faire exprès » quand cela se passe pas avec tout le monde.
- Remise en question du maintien à domicile (peur d'être abandonné par les professionnels).



***Pour le soignant cela signifie :
changer notre regard ...***

Le soignant comme ressource pour la personne âgée, son entourage et l'ensemble des professionnels.



Objectifs du « *Prendre soin* » ...

... Pour faire fi du cliché :

« *Soignant / donneur de soins,*
Soigné / objet de soins »

- Modifier notre regard
- Le patient comme sujet (histoire personnelle, entourage, ressenti émotionnel)
- Pacifier le soin pour ne plus se sentir agressé (soignant / soigné)

Pacifier le soin

L'humanité :

Une philosophie de soins fondée sur une relation de réciprocité



Un préalable :

- Se questionner pour identifier l'origine des troubles comportementaux.

Trois étapes :

- La prise de contact
- Le déroulement du soin
- La fin du soin



Le soin débute par une prise de contact, il s'agit d'entrer en relation

1. L'approche visuelle

2. La parole

3. Le toucher

Objectif :

Avoir une attitude apaisante pour le patient, en s'appuyant sur sa perception sensorielle et émotionnelle



L'approche relationnelle

Le regard :

- Horizontal (égalité), axial (franchise), long (fidélité), proche

La parole :

- Les gestes sont annoncés (début du soin, déroulement)
- Présente en permanence
- **Stratégie de diversion** (humour, faire parler le patient pour l'amener à focaliser son attention sur autre chose)

Savoir reporter le soin

Le toucher:

- Professionnel (sans pince ni griffe)
- Progressif (ordre du toucher du moins intime au plus intime, douloureux)
- Permanent (main relationnelle et main utile)
- Pacifiant

La fin du soin est annoncée et positivée



Une question de compétence?

- Compétence / Connaissance professionnelle
- Être capable d'identifier le trouble, de le verbaliser afin de développer une compétence gérontologique



Travail en réseau et stratégies d'actions

C'est par toutes ces clés de compréhension
que le travail en réseau prend toute sa
dimension, grâce à la **pluridisciplinarité**



Pluridisciplinarité et travail en réseau

- Dynamique de pratique de soin,

- Rencontre entre plusieurs professionnels qui s'associent pour comprendre une situation = temps de coordination et de coopération.

Travail en réseau comme déclencheur de coopération, comme faiseur de

« *l'agir ensemble* »

(échange et partage d'informations)

- L'interdisciplinarité favorise le questionnement