



Les troubles du comportement

Docteur Peeters Anne

Psychogériatre à l'Hôpital Sainte Thérèse, GHdC

Service de psychogériatrie - Clinique de la mémoire - HJ gériatrique

❖ Maladie d'Alzheimer

Maladie cognitive... mais pas uniquement

- problèmes mnésiques
 oublis des événements récents
- désorientation majeure dans le temps
 incapacité à donner le jour de la semaine, la saison, l'année...
- problèmes de communication
 diminution de la communication verbale pour non verbal
- perte de coordination des mouvements
 pour les actes de la vie quotidienne



Maladie du comportement

Une des caractéristiques de la maladie

Incidence moyenne de 10% à 50%

Se présente sous 2 formes

- **Apathie**
- **Exaltation**

Avec un renforcement des traits de personnalité



- symptômes comportementaux et psychologiques (BPSD)

Symptômes moteurs et/ou frontaux	Symptômes passifs	Symptômes vocaux	Symptômes psychologiques psychotiques	Symptômes psychologiques affectifs	Autres symptômes
<i>errer</i>	<i>apathie</i>	<i>cris</i>	<i>délires</i> <i>sv paranoïdes</i>	<i>dépression</i>	<i>troubles alimentaires</i>
<i>frapper, cracher</i>	<i>retrait social</i>	<i>insultes</i>	<i>hallucinations</i>	<i>anxiété</i>	<i>troubles du sommeil</i>
<i>gestes répétitifs</i>	<i>aboulie</i>	<i>menaces</i>		<i>désarroi</i>	
<i>désinhibition</i>	<i>regard fixe</i>			<i>anhédonie</i>	
				<i>irritabilité</i>	



Les BPSD

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

sont des manifestations majeures dans l'évolution démentielle.

En 1996, la réunion de consensus de l'IPA (International Psychogeriatrics Association) leur donne un statut propre.

Associés aux troubles cognitifs, ils contribuent à la perte d'autonomie du patient



Les troubles du comportement apparaissent avant ou après le diagnostic de démence :

repli social

dépression – anxiété

paranoïa

anxiété persistante ↓

DIAGNOSTIC

délire

hallucinations

agressivité

variation de ces
symptômes dans
leur association et
au cours du temps



BPSD

- sont des signes de la souffrance du patient
- diminuent sa qualité de vie

Dépression

Anxiété

Troubles du langage



Définitions

L'asthénie : faiblesse générale se caractérisant par un affaiblissement de l'organisme, une fatigue physique

L'apathie :
état d'indifférence à l'émotion, la motivation ou la passion

L'aboulie : incapacité à exécuter les actes pourtant planifiés et une grande difficulté à prendre des décisions

L'anhédonie : incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées antérieurement comme plaisantes



Dépression

Bannir la croyance erronée que
dépression et grand âge vont de pairs

Trop souvent

- > dépression est considérée comme banale
- > assimilée à tort au vieillissement normal

La vieillesse est une période de crise et de fragilisation
en raison des pertes multiples subies

mais l'âge et le temps n'arrêtent en aucun cas le désir de
vivre!



Une diminution des intérêts est normale avec le vieillissement

!!! Lors d'une dépression, le manque d'intérêt prend un caractère pénible voir touche les plaisirs les plus fondamentaux comme le plaisir de manger

La personne exprime

-> un sentiment de vide intérieur

-> elle n'éprouve plus ni joie ni tristesse

La fatigue demeure un des symptômes les plus communs

-> sentiment d'épuisement, d'accablement, d'exténuation



Ne pas passer à côté!

Fréquente

Population générale

plus de 65 ans: prévalence de 8 à 16%

chez les plus de 85 ans: prévalence de 12 à 15%

Population institutionnalisée : prévalence de 35%

Peu exprimée

difficultés à se reconnaître dépressifs et à s'en plaindre

Mal diagnostiquée et donc mal traitée

peut prendre différents masques



Formes masquées

Masque anxieux

Masque somatique

Masque hypocondriaque

Masque délirant

Masque hostile

Masque conatif

Masque démentiel



Masque anxieux

Généralement pas d'antécédents anxieux

Un événement déclenchant peut être présent
mais parfois il n'y a pas de raison apparente

Symptomatologie

accès itératifs d'angoisse inexplicquée, inquiétude permanente
grande appréhension, peur de tout, impossibilité à se détendre
importantes ruminations, gémissements, lamentations.....

La quête d'apaisement est pressante, parfois irritante
pour l'entourage



Masque somatique

45 à 80% des personnes âgées souffrent de
douleurs chroniques : céphalées, ostéo-articulaires et
musculaires...

désordres gastro-intestinaux, douleurs thoraciques

! déni d'une dépression et absence de tristesse

Le sujet parle et communique avec son corps, plutôt
que par la parole et la pensée dans un besoin d'attention et
d'affection

!!! Évaluer le sens de la douleur dans une histoire de vie



Masque hypochondriaque

Plainte d'un mauvais fonctionnement d'1 ou plusieurs parties du corps

Crainte, croyance d'être atteint d'une maladie grave

-> Sujet entièrement polarisé sur lui-même

Des examens, des soins médicaux et des traitements sont exigés de manière revendicatrice

A travers le médecin est maintenu le lien à l'autre



Syndrome de Cotard

- état dépressif sévère avec douleur morale, tristesse
- idées de ruine
- négation d'organe ou de fonction physiologique
 - conviction de ne plus avoir de cœur ou d'intestins
 - conviction de ne plus pouvoir uriner...
- idée de damnation : le sujet pense causer du tort à toute personne qu'il croise
- idée d'immortalité



Masque délirant

Faits banals interprétés péjorativement

idée de préjudice « on me vole »

idée de persécution « on me veut du mal »

jalousie « ruine conjugale »

Interprétations souvent bien systématisées

Parfois accompagnées de phénomènes hallucinatoires

-> source d'anxiété et de tristesse



Masque hostile

Le sujet âgé devient

- irritable
- susceptible
- querelleur
- coléreux
- hostile

Il présente une attitude agressive tout en étant méfiant et émotionnellement labile



Masque conatif

Dépression centrée sur la démotivation

- désengagement affectif et relationnel
- perte de volonté, apathie
- sentiment d'inutilité d'être
- renoncement

A pour conséquence

- négligence de soi-même, autrui et l'environnement
- dépendance de + en + importante



Masque démentiel

Altération des compétences intellectuelles

- l'attention

 - ne peut pas se concentrer

- l'encodage

 - ne mémorise plus « perd sa mémoire »
exprime un vide intellectuel



La dépression mélancolique

La symptomatologie est sévère:

- faute et culpabilité
- prostration, mutisme
- ruine et incurabilité...

Le pronostic vital est engagé du fait de son retentissement somatique rapide et du risque suicidaire

L'autodépréciation peut conduire à la crainte d'une incapacité d'assumer les ADL.



Angoisse

- ponctuelle, aiguë “crise d’angoisse”
- déstabilisante et intense
- sentiment d’imminence d’un danger grave
- impression de perte de contrôle
- rend impossible la continuation de ses activités



s'accompagne le plus souvent de signes physiques

- oppression thoracique et gêne respiratoire
- accélération cardiaque
- boule dans la gorge et l'estomac...
- déréalisation, impression de "devenir fou"
- sentiment de mort imminente

exemple: attaque de panique (agoraphobie...)



Anxiété

- plus chronique “fond anxieux”
- concerne tous les détails de la vie quotidienne (famille, travail, santé, argent...)
- moins déstabilisant mais incontrôlable
- sentiment d’inquiétude et pessimisme constant
- reste compatible avec ses activités quotidiennes



s'accompagne de signes physiques

- irritabilité, fatigue
- tensions et douleurs musculaires
- réactions de sursaut
- tendance à hyperventilation

exemple: trouble anxieux généralisé



Troubles du langage

Limite progressivement les capacités d'expression orale pour finalement mener à un mutisme.

Divers troubles :

- anomie
- déviations linguistiques
- perturbations syntaxiques
- troubles de compréhension
- anomalies de fluence



Anomie

Difficulté ou incapacité à donner le nom d'un objet

« manque du mot » - > périphrases ou gestes

Déviations linguistiques

Déformation du langage

Perturbations syntaxiques

Réduction ou absence d'indicateurs grammaticaux

Troubles de compréhension

Tardif

Anomalies de fluence

Modification du débit de production du langage



Facteurs étiologiques

Pas de physiopathologie unique

Multifactoriel, composante

- neurobiologique
- somatique
- psychologique
- environnementale



Facteurs prédisposants

- troubles cognitifs
- atteinte neuro-fonctionnelle (pré-frontales)
- troubles du langage
- facteurs somatiques (pathologie chronique...)
- antécédents de dépression
- situations aggravant la dépendance (déficit sensoriel...)
- facteurs de personnalité (anxieuse...)
- environnement mal toléré (isolement...)
- composantes relationnelles (veuvage...)



Facteurs précipitants

- changement brusque
environnement / mode de vie / intervenants
- situations de conflit
- facteurs somatiques aigus
douleur...



Diagnostic

Repérage systématique et précoce

Comment ?

- examen clinique global
- observation d'équipe
- échelles



GDS: geriatric depression scale

autoquestionnaire de 30 items

sa passation est assez longue

non validé en cas de troubles cognitifs

CSDD: Cornell scale for depression in dementia

a été conçue pour rechercher les symptômes dépressifs
chez les patients déments

19 items basé sur l'interrogatoire de l'entourage



Échelle d'anxiété de Hamilton

- 1 Humeur anxieuse
- 2 Tension
- 3 Peurs
- 4 Insomnie
- 5 Fonctions intellectuelles (cognition)
- 6 Humeur dépressive
- 7 Symptômes somatiques généraux (de nature musculaire)
- 8 Symptômes somatiques généraux (de nature sensorielle)
- 9 Symptômes cardiovasculaires
- 10 Symptômes respiratoires
- 11 Symptômes gastro-intestinaux
- 12 Symptômes génito-urinaires
- 13 Symptômes du système nerveux autonome
- 14 Comportement lors de l'entretien



Prise en charge

- collective
- dans une démarche globale de soins

!!! Question à se poser :

« s'agit-il bien d'un trouble du comportement ? »



Comprendre la situation

Comportement

- nature du comportement
- symptômes présentés (majeurs et secondaires)
- durée
- fréquence
- moment de la journée
- signes annonciateurs



Contexte

- circonstances entourant l'événement
- facteurs déclenchants
- facteurs aggravants
- facteurs apaisants

Conséquences

- répercussions pour le patient et autrui



3 approches à utiliser séparément ou en association

- rassurer
- prescrire éventuellement un traitement médicamenteux
- proposer une psychothérapie de soutien ou autre

Le traitement est le plus souvent ambulatoire

L'hospitalisation est réservée aux formes sévères

- conduites addictives associées (alcool - médicaments)
- risque suicidaire...



Dédramatiser et isoler le sujet des facteurs angoissants

=> ne pas immédiatement médiquer !!!!!

Laisser s'exprimer les émotions....

-> tous, nous les partageons

-> tous, nous ne les exprimons pas de la même manière

Les émotions sont utiles pour vivre

Or la société estime souhaitable de canaliser ses émotions.



Peut-on apprendre de ses émotions?

Bien sûr! Il faut donc apprendre à

- les écouter
- les décrypter

Comprendre le comment

- > manifestations des émotions?
- > ressenti?

S'attarder au pourquoi

- > qu'est-ce qui s'exprime à travers ces émotions?
 - sentiment d'incertitude
 - sentiment d'insécurité
 - sentiment de peur...



Psychothérapie

Psychothérapie de soutien (validation)

- > dimension relationnelle
- > comporte l'écoute du patient et souvent de sa famille ou proches
- > objectif: renforcer la confiance et un réinvestissement dans des activités

Autres

- > thérapie cognitive et comportementale
- > relaxation
- > musicothérapie...



Que dire à l'entourage ?

Faire preuve de patience, de bienveillance,
d'écoute et d'encouragement

Il ne sert à rien de forcer la personne âgée à «réagir»,
pour qu'elle aille mieux

Il est important de l'aider dans son quotidien et de la
valoriser « relation empathique de qualité »



Traitement médicamenteux

Lorsque les troubles du comportement se transforment en une situation de crise, un traitement médicamenteux peut s'avérer nécessaire.

Le traitement pharmacologique a pour objectif un soulagement

- rapide
- efficace des symptômes



Généralités

- Un diagnostic précis avant toute prescription
- Une relation de qualité avec la personne soignée
- Start low – go slow
- Monothérapie
- Éviter les injections IM (traumatisantes psychologiquement)
- Information sur les effets indésirables
- Évaluations régulières



multiples précautions d'emploi

Sévérité des effets indésirables

A dose égale, taux plasmatique augmenté par

- réduction du métabolisme
- réduction de l'élimination du produit

$\frac{1}{2}$ vie plasmatique médicamenteuse augmentée

-> Risque d'accumulation du produit

Examen clinique - examens complémentaires

Indispensable avant une prescription (cardiaque, rénal, hépatique...)



Différentes classes médicamenteuse

- Benzodiazépines anxiolytiques - hypnotiques
valium, temesta, xanax, lysanxia, clozan...
loramet, mogadon, stilnoct, imovane...
- Neuroleptiques typiques
haldol, dipiperon, dhbp, ...
- Neuroleptiques atypiques
zyprexa, seroquel, risperdal, abilify...
- Antidépresseurs
sipralaxa, seroxat, efexor...



Antidépresseur

Etude de la Mutualité chrétienne (2011)

Menée en 2009 auprès de 60.000 résidents dans 1.084 institutions:

« 43,2% des résidents en MR ont consommé des antidépresseurs au moins 30 jours, contre 31,7% pour les personnes soignées à domicile »

Ces résultats corroborent ceux de l'étude réalisée par le KCE en 2007

Les médecins seraient-ils des prescripteurs irresponsables ?

Plutôt que de pointer du doigt des responsables,

il y a URGENCE d'agir pour éviter que le génocide des vieux ne soit orchestré par eux-mêmes, en l'absence de possibilités réelles de vieillir et de mourir dans la dignité



L'efficacité des thérapeutiques antidépressives n'est plus à démontrer chez la personne âgée

Insister sur la notion que anxiété et dépression sont des maladies véritables, qu'elles se traitent et donc peuvent se guérir

Le traitement n'agit pas immédiatement et doit être prolongé pendant au moins 6 mois, généralement 1 an



Antidépresseur SSRI

inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

1ère intention

-> *citalopram (cipramil), escitalopram (sipralexa)*

-> *paroxetine (seroxat)*



La luminothérapie constitue une approche non médicamenteuse intéressante

La situation des personnes âgées

- souffrant de handicaps moteurs importants
- vivant en institution

peut être rapprochée de situations de faible éclairnement

De plus, les effets du vieillissement sur la production de mélatonine et sur les rythmes biologiques nyctéméraux rendent cette approche séduisante



***Nous sommes tous,
depuis notre naissance,
des personnes vieillissantes.***

***Les jeunes d'aujourd'hui
seront les vieux de demain
car vieillir est encore
le seul moyen que nous
avons trouvé de vivre longtemps***

