

# **Symptômes psycho-comportementaux au cours des démences chez la personne âgée (SPCD)**

Dr B. Pradines, 26 juin 2008 IFSI du CH Albi.

Site web : <http://users.aol.com/Dgeriatrie/>

PLAN de l'exposé :

## **Introduction**

### **I. Définitions des troubles du comportement**

### **II. Quels sont les troubles du comportement habituellement rencontrés chez la personne âgée ?**

### **III. Conséquences des troubles du comportement chez les aidants informels et formels**

### **IV. Evaluation des troubles du comportement**

### **V. Signification des troubles du comportement**

### **VI. Connaissance du patient présentant des troubles du comportement**

### **VII. Observation du patient présentant des troubles du comportement**

### **VIII. Traitement du patient présentant des troubles du comportement**

## **Conclusion**

## **Bibliographie**

---

# Introduction

L'agressivité et l'agitation constituent un obstacle important à la socialisation du sujet âgé en famille ou en institution (Léger et al. 2001). De plus, elles contredisent la conception selon laquelle la sagesse (calme, maîtrise des émotions, capacité d'arbitrage des conflits) est liée à l'avancée en âge.

La prise en compte de ces signes et symptômes est nécessaire car ils contribuent à l'augmentation de la désadaptation du patient à son environnement, à la majoration du coût de la prise en charge, à un déclin cognitif plus rapide et aux conflits relationnels avec l'entourage (Ohnen S.H., 2002). Ces comportements sont un vrai défi quotidien pour les soignants à domicile et dans les institutions gériatriques.

## I. Définitions des troubles du comportement

Chez le sujet âgé, les symptômes psycho-comportementaux peuvent se définir comme des conduites et des attitudes inadaptées aux lieux et aux situations en référence aux normes culturelles communément admises (Ohnen S.H., 2002).

Il faut noter d'emblée que les termes de "symptômes psycho-comportementaux" ou de "troubles du comportement" sont sujets à caution car ils supposeraient une responsabilité exclusive de la personne âgée dans les comportements inadaptés évoqués ici.

Il s'agit d'une définition relative et non absolue, les normes évoquées ci-dessus étant variables suivant les lieux et les époques.

L'Association Psychogériatrique Internationale donne la définition suivante :

« signes et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence » définis comme les signes et les symptômes évocateurs de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur et des comportements. Cette dernière définition a le mérite de souligner le fait qu'il n'existe pas de démence sénile sans trouble du comportement.

Pour Léger, l'agitation est une attitude de violence envers une cible dont l'expression peut être physique ou verbale, dirigée contre un objet, un tiers ou contre soi-même (Léger et al. 2001).

## II. Quels sont les troubles du comportement habituellement rencontrés chez la personne âgée ?

Une observation fine des débuts des démences laisse apparaître des troubles souvent précoces. Toutefois, ces troubles sont d'autant plus pénibles pour le patient et pour son entourage que la maladie évolue. Leur déclenchement nécessite souvent un fort stimulus désagréable en début d'évolution. Il n'en est pas de même au fur et à mesure que la pathologie s'aggrave, au point de poser un problème ardu de recherche du facteur déclenchant.

### **A) Les troubles positifs du comportement, encore qualifiés de productifs.**

Les troubles sont qualifiés de "positifs" lorsqu'ils deviennent dérangeants pour l'environnement humain et matériel : agitation, déambulation, agressivité, cris, impatiences, fugues, comportements culturellement inappropriés, désinhibition sexuelle, ablation ou détérioration des perfusions ou des pansements. La fréquence des troubles "positifs" du comportement est élevée au cours des maladies démentielles.

Du fait de leur fréquence et de la grande féminisation des professions soignantes, les troubles du comportement sexuels sont un problème fréquent en pratique gériatrique. Ils sont presque toujours l'apanage des hommes âgés.

Quelques hypothèses personnelles sur leur genèse :

- la désinhibition qui permet au désir de ne pas subir le contrôle de la raison.
- le contact physique socialement réservé à la sexualité, surtout à partir d'un certain âge,
- la fonction de reproduction toujours efficiente chez l'homme, quasiment jusqu'à la fin de la vie,
- la notion du "plongeon rétrograde" qui ramène l'homme âgé dément à un vécu d'homme jeune,
- la proximité du corps avec un soignant qui est le plus souvent avec une jeune soignante,
- une culture masculine "active" fondée sur la proposition,
- la proximité de la mort qui pourrait entraîner une réactivation de la pulsion de vie dans une optique inconsciemment reproductive, afin de se survivre.

Les descriptions de l'agitation varient. Certaines se réfèrent à des comportements sans objet, ou encore socialement inappropriés. Cohen-Mansfield (Cohen-Mansfield et al. 1989) trouve, chez 408 résidents, 29 malades atteints de troubles du comportement à prédominance diurne. Les troubles les plus fréquents sont pour cet auteur : l'agitation, la déambulation, les phrases répétitives, les appels à l'attention, les plaintes, le négativisme et les jurons.

## **B) Les troubles du comportement sont le plus souvent "négatifs"**

Ils se manifestent sous la forme d'un retrait, d'une apathie (indifférence affective), d'une adynamie, d'une démotivation globale, voire d'une somnolence quasi constante. Il est aussi possible de retrouver : le mutisme, la tristesse et l'insomnie calme. Ces troubles passent souvent inaperçus ou peuvent être relativement bien tolérés par l'entourage. Et encore : l'alitement sans explication organique, le refus de s'alimenter ou de prendre son traitement. Ces modalités comportementales anormales sont les plus fréquentes chez les patients déments hébergés et soignés dans le service de Soins de Longue Durée du Centre Hospitalier d'Albi.

## **C) Fréquence des troubles du comportement**

Pour Chung (Chung et al. 2000), les symptômes neuropsychiatriques sont fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer. Des changements de la personnalité, une perturbation de l'humeur et des signes psychotiques sont fréquemment constatés. Ils peuvent coexister chez le même malade. Ces symptômes sont associés à un déclin rapide, à la fois cognitif et fonctionnel, pouvant mener à l'entrée en institution.

Pour Kunik (Kunik et al. 2000), il n'y avait pas, chez 150 patients gérontopsychiatriques, de différence notable dans les troubles du comportement entre ceux qui souffraient de maladie d'Alzheimer, de démence vasculaire, de démence consécutive à l'alcoolisme ou bien de démence d'origine multiple. Toutefois, les patients atteints de démence vasculaire étaient moins altérés sur le plan cognitif.

## **D) Evolution des troubles suivant le stade de la maladie démentielle**

Leur fréquence semble s'élever avec l'évolution de la démence. Pour Devanand (Devanand, 1999), des changements subtils de la personnalité tendent à apparaître précocement au cours de la maladie d'Alzheimer. Ils incluent une apathie, une irritabilité et l'impossibilité de fixer son attention. Plus tard, l'agitation, l'agressivité et la désinhibition peuvent survenir. L'auteur a suivi l'évolution de 235 patients dont le diagnostic était celui de maladie d'Alzheimer probable. L'agitation était à la fois le plus fréquent et le plus persistant des symptômes, alors que les idées délirantes paranoïdes et les hallucinations étaient moins durables. La plupart des troubles du comportement, à l'exception des idées délirantes paranoïdes, étaient associés à une plus grande altération cognitive. Pour Rubin (Rubin et al. 1987), sur une période de cinquante mois, le pourcentage de troubles du comportement s'accroît chez les patients souffrant de démence de type Alzheimer. Cet auteur fait état d'un doublement des états d'agitation et des comportements de repli sur soi au cours de cette période.

Selon Noblet-Dick (Noblet-Dick et al. 2004), le nombre et la gravité des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) augmentaient avec l'évolution de la maladie d'Alzheimer probable chez 60 patients observés à l'aide du NPI (Neuropsychiatric Inventory) dans un hôpital de jour.

Ce dernier auteur publie les symptômes suivants selon le stade évolutif :

*Tableau 1*

| <b>Stades débutants<br/>(MMS&gt;25) (n=15)</b>   | <b>Stades modérés (MMS<br/>compris entre 18 et 25<br/>inclus) (n=21)</b>     | <b>Stades plus sévères<br/>(MMS&lt;18) (n=24)</b>   |
|--|--|---|
| L'anxiété (60%) et la dépression (53%) étaient fréquentes.<br>Il n'y avait jamais d'hallucination et rarement des idées délirantes (7%). | L'apathie (81%) et la dépression (76%) étaient les symptômes plus fréquents. | L'irritabilité (75%), l'agitation (71%), les idées délirantes (63%) et les hallucinations (33%) étaient présents à une fréquence maximale, en partie responsables des comportements moteurs aberrants (67%) et des troubles du sommeil (47%). |

En conclusion, ces auteurs observent une évolution où les troubles comportementaux et psychotiques semblent supplanter chronologiquement les troubles psychologiques et de l'humeur.

### **E) Coupe transversale dans notre service**

Lors d'une coupe transversale réalisée en septembre 2001 avec la grille CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory), une personne sur cinq nous est apparue présenter un trouble positif.

Les divers troubles du comportement rencontrés étaient les suivants :

- agitation spontanée ou provoquée par les soins, ou encore par une présence, surtout si elle est inattentive. L'agitation est souvent présente le soir.
- agressivité verbale ou physique contre les soignants, la famille ou contre les autres résidents ou bien à l'encontre des bénévoles.

Nous avons noté les items du CMAI dont la prévalence était la plus élevée :

- le fait de saisir les personnes ou des objets,
- l'opposition à toute approche soignante,

- les plaintes répétitives.

### **III. Conséquences des troubles du comportement chez les aidants informels et formels**

Les troubles positifs du comportement sont une importante cause d'institutionnalisation par épuisement de la famille du malade. L'agitation et l'agressivité sont très fortement corrélées à une altération du moral, du fonctionnement social et aussi à une forte somatisation chez le personnel soignant (Léger et al. 2001).

### **IV. Evaluation des troubles du comportement**

#### **A) Le NPI (Neuropsychiatric Inventory, en français : inventaire neuropsychiatrique)**

Les troubles du comportement et la psychopathologie sont au mieux décrits par le NPI.

Ci-dessous la liste des items du NPI avec leur numérotation par lettres.

#### **A. Idées délirantes**

Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ?

Il s'agit souvent d'un délire de préjudice avec persécution par un tiers mal intentionné. Le préjudice est souvent relatif aux biens (spoliation, vols) ou à la personne (agression).

#### **B. Hallucinations**

Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ?

Chez la personne âgée démente, les hallucinations visuelles et auditives sont les plus fréquentes.

#### **C. Agitation/Agressivité**

Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire certaines activités ?

#### D. Dépression/Dysphorie

Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé (e) ?

#### E. Anxiété

Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ?

Sembler-t-il/elle très tendu(e) ou agité(e) ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ?

#### F. Exaltation de l'humeur/Euphorie

Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ?

#### G. Apathie/Indifférence

Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ?

#### H. Impulsivité

Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive sans réfléchir ?

#### I. Irritabilité/Instabilité de l'humeur

Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ?

#### J. Comportement moteur aberrant

Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, tripoter des objets ou enrouler de la ficelle ou du fil ?

#### K. Sommeil

Le patient/la patiente a-t-il/elle des difficultés pour dormir (ne pas prendre en compte le simple fait que le patient se relève une ou 2 fois par nuit pour aller aux toilettes en se rendormant immédiatement) ? Se lève-t-il/elle la nuit ? Déambule-t-il/elle, s'habille-t-il/elle, ou gêne-t-il/elle votre sommeil ?

#### L. Troubles de l'appétit et de l'alimentation

Y a-t-il eu des modifications dans l'appétit, le poids ou les habitudes alimentaires du patient.

Ces troubles peuvent être évalués selon le degré de difficulté éprouvé par l'entourage :

0 : pas éprouvant du tout

1 : légèrement éprouvant

- 2 : assez éprouvant
- 3 : moyennement éprouvant
- 4 : plutôt éprouvant

**B) Le CMAI (voir site Internet cité en début d'exposé à la rubrique « démences »).**

## **V. Signification des troubles du comportement**

### **A) Rappels sur les troubles du comportement**

Un trouble du comportement n'est jamais gratuit. Il recèle toujours une cause, ou plutôt des facteurs causaux et déclencheurs qui peuvent se révéler, souvent après une observation minutieuse, ou bien demeurer inconnus. Ce trouble possède souvent un but, lui aussi plus ou moins difficile, voire impossible à déchiffrer.

Pour Rawling (Rawling et al. 2001), un trouble du comportement n'est pas une maladie mais un symptôme survenant chez un malade. Le trouble du comportement peut être décrit soit comme perturbé, soit comme perturbateur. Les comportements perturbés sont pour cet auteur le résultat d'une situation psychiatrique ou médicale. Ils incluent les comportements directement liés aux hallucinations et aux idées délirantes. Ils sont accessibles au traitement médicamenteux. Les comportements perturbateurs, quant à eux, seraient la conséquence de la désinhibition du contrôle interne et du conditionnement social. Ils seraient moins sensibles au traitement médicamenteux et répondraient mieux à l'approche comportementale.

### **B) Etiologies des troubles du comportement**

Dans le domaine des troubles du comportement, il conviendra de suspecter plusieurs facteurs à l'origine de leur déclenchement ou de leur entretien. Autrement dit, le fait d'avoir trouvé un élément susceptible de perturber le malade ne doit pas faire conclure à son exclusivité.

Par ailleurs, peut-être par "adultomorphisme", du fait que le "perturbateur" est toujours lui-même perturbé, une tendance constante est d'attribuer hâtivement les troubles du comportement à un désordre psychologique. Il s'agit pour nous d'une projection des situations connues chez l'adulte normal. Chez ce dernier, une attitude d'agressivité est liée presque toujours à une réaction comportementale à l'environnement. Chez le dément, il n'en est pas toujours ainsi. Toute gêne, quelle que soit son origine, peut se traduire par ce type de troubles.

### **1. Etiologies somatiques, autrement qualifiées d'organiques**



a) L'état confusionnel représente la cause brutale la plus fréquente d'agitation.

Un état confusionnel peut être déclenché par des désordres électrolytiques relativement mineurs, ou encore par une infection urinaire, un fécalome, une pathologie respiratoire ou un surdosage médicamenteux (Rawling et al. 2001). La confusion mentale est d'autant plus fréquente que le sujet est fébrile et que son état cognitif habituel est altéré. Par ailleurs, la fragilité physiologique et l'augmentation de la fréquence des effets secondaires iatrogènes peuvent aboutir à un comportement d'agitation.

Ainsi, si la clinique doit être prioritaire, une évaluation biologique minimale complémentaire pourrait comporter :

- une numération formule sanguine comparée à des résultats de référence,
- le dosage des électrolytes sériques, de l'urée sanguine, de la glycémie, un dépistage urinaire par une bandelette suivi d'un ECBU si des nitrites et/ou des leucocytes sont présents, ainsi qu'un éventuel dosage toxicologique,
- un cliché pulmonaire et un ECG, voire un EEG ou un examen tomodensitométrique. Un abdomen sans préparation peut venir utilement confirmer, entre autres, la présence d'un fécalome ou d'une rétention d'urines. Dans cette dernière éventualité, l'ultrasonographie portable, encore trop peu répandue, trouverait une intéressante indication.

Pour Lebert (Lebert F. 2005), il convient d'ajouter à ce bilan : bilan hépatique, calcémie, CRP, VS, CPK, troponine, D-dimères, TSH si le dosage date de plus d'une année.

b) la douleur ou les douleurs sont inductrices de troubles du comportement (voir par exemple certains items de l'hétéro-évaluation comportementale contenus dans le DOLOPLUS-2 ou l'ECPA). Les douleurs sont fréquentes chez les personnes âgées, en particulier les douleurs de l'appareil locomoteur : douleurs des membres inférieurs, lombalgies, douleurs scapulaires et cervicales. Elles peuvent succéder à des fractures : col du fémur, corps vertébral, extrémité distale du radius, col de l'humérus, coude, cheville, côtes. Chez les personnes cognitivement détériorées, l'expression de la douleur peut se cantonner à la composante comportementale non verbale seule (Pradines V. et al, 2004 et 2005).

c) les autres causes d'inconfort peuvent être en jeu : rétention d'urines, constipation voire fécalome, dyspnée, nausées, dénutrition, infection souvent urinaire ou respiratoire basse, trouble métabolique, trouble cardio-vasculaire, trouble endocrinien, traumatisme, intervention chirurgicale, trouble neurologique, en fait tout désordre pénible interne perçu par le cerveau. Le trouble sera d'autant plus inopiné que le facteur déclenchant sera brutal.

d) les médicaments sont aussi en cause :

La connaissance des traitements médicamenteux en cours est indispensable. Bien que la liste des coupables soit longue et variable suivant les publications, une attention particulière sera portée aux substances citées ci-dessous par Bowen.

*Tableau 2.* Risque de confusion mentale avec certains médicaments d'utilisation courante (Bowen et al. 1993, cité dans l'article référencé ci-dessus, tableau traduit par l'auteur de ce site)

| <b>A haut risque</b>                                       | <b>A risque moyen</b>   | <b>A bas risque</b>   |
|--|---|---|
| Analgésiques opioïdes                                      | Alpha-bloquants   | Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC)   |
| Antiparkinsonniens (surtout les agents anticholinergiques) | Antiarythmiques (la lidocaïne [lignocaïne] possède le risque le plus élevé) | Antiasthmatiques (le plus haut risque est représenté par l'aminophylline, le plus bas étant celui des agents inhalés) |
| Antidépresseurs (surtout les agents anticholinergiques)    | Antipsychotiques (surtout les agents sédatifs)                              | Antibactériens  |
| Benzodiazépines  | $\beta$ -Bloquants  | Anticonvulsivants, surtout le phénobarbital   |
| Agents à action centrale                                   | digoxine  | Inhibiteurs calciques   |
| Corticostéroïdes   | AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens)                                  | Diurétiques   |
| Lithium  | Bloqueurs sympathiques post-ganglionnaires                                  | Antagonistes H2   |

## 2. Etiologies psychiatriques

En présence d'une démence, les autres pathologies risquent d'être sous-estimées, telle que la dépression. La manie peut être confondue avec un état confusionnel, une démence ou encore une dépression avec agitation (McDonald William M. et al. 1998).

a) les délires de préjudice : ils sont aggravés par les déficits sensoriels qui font le lit des fausses interprétations.

b) les états maniaques.

c) la dépression, dont on connaît la fréquence au grand âge et les atypies sémiologiques.

d) un sentiment intarissable de solitude (Cohen-Mansfield et al. 1996).

e) un sentiment d'insécurité.

f) pour Poch (Poch et al. 2003), chez le dément, l'angoisse est plus souvent agie qu'exprimée. Elle génère des troubles du comportement : fugues, turbulences, agitation, troubles du sommeil, conduites agressives. Le même auteur insiste sur le caractère individuel de l'angoisse, cette "peur sans objet".

### **3. Facteurs environnementaux**

Les changements de situation créent un délire d'adaptation (Geneau, 2001) d'autant plus facilement que les troubles cognitifs préexistent. Ainsi, l'hospitalisation, avec de fréquents les changements de service, est-elle inductrice de troubles du comportement liés à une intense désorientation.

L'entourage peut également jouer un rôle important dans le déclenchement ou l'entretien de l'agitation et de l'agressivité du sujet âgé par l'exclusion et l'isolement dont il est fréquemment victime (Léger et al. 2001). Une agressivité en retour n'est pas rare, aboutissant à l'inverse de l'effet recherché car la personne âgée est alors incapable d'apprécier et d'accepter les reproches qui lui sont faits. Pour Pellissier (Pellissier, 2003), les troubles du comportement de la personne âgée sont d'abord, en substance, les stigmates du rejet de la vieillesse par la société actuelle. En cela, cet auteur rejoint les observations de Maisondieu (Maisondieu, 2001).

### **4. Facteurs liés à la personnalité antérieure**

L'échec des tentatives d'adaptation aux situations nouvelles peut se traduire par l'agitation et l'agressivité, l'âge accentuant les traits de la personnalité antérieure et abaissant le seuil de passage à l'acte. Pour l'introverti, ceci se traduirait par une tendance à l'isolement méfiant et revendicateur, et pour l'extraverti une tendance à l'expression coléreuse (Léger et al. 2001).

De même, pour Geneau (Geneau, 2001), la personnalité antérieure doit être prise en considération. Elle pourrait reconnaître une ou plusieurs tendances :

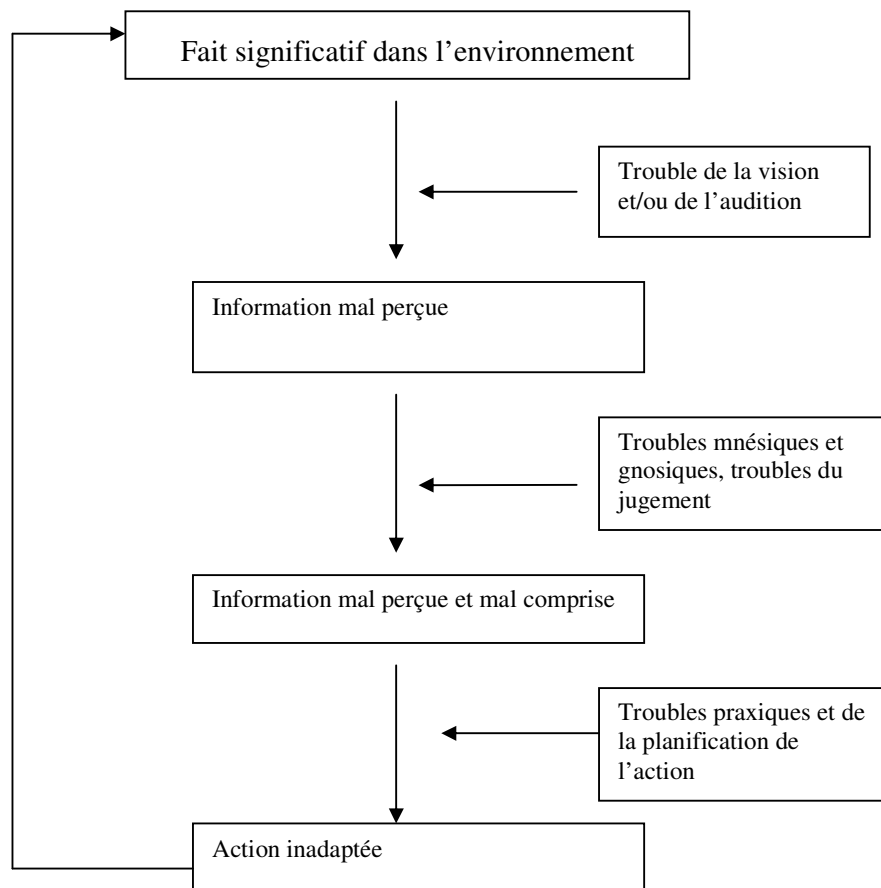
- paranoïaque,
- schizoïde,
- schizotypique,
- antisociale,
- borderline,
- histrionique,
- narcissique,
- évitante,

- dépendante,
- obsessionnelle, compulsive.

### 5. Facteurs liés aux déficits sensoriels

Les troubles sensoriels sont inducteurs de troubles du comportement. Ainsi, une altération de la vision ou de l'audition est-elle génératrice d'anxiété réactionnelle du fait de l'impossibilité d'appréhender l'environnement. Les troubles cognitifs viennent aggraver cette situation que l'on pourrait ainsi schématiser :

*graphique 1*



## VI. Connaissance du patient présentant des troubles du comportement

Selon Poch (Poch et al, 2003), " les productions des déments ne sont pas identiques. Elles ont un sens pour chaque patient. Elles justifient un comportement d'écoute qui permettra d'adopter des attitudes de soins et d'accompagnement, en reconnaissant la souffrance du dément. Un cheminement vers une attitude de prévention sera alors possible."

Il convient de :

- connaître les zones douloureuses par l'affichage du schéma corporel. En règle générale, il convient de suspecter certaines zones : membres inférieurs et lombalgies chez le grabataire, épaule chez le grabataire et l'hémiplégique (du côté de l'hémiplégie), localisation d'une fracture antérieure, par exemple du col du fémur.
- suspecter une gêne : constipation, rétention d'urine,
- connaître la personnalité antérieure,
- connaître l'humeur habituelle : anxiété, dépression,
- connaître la biographie, surtout entre 15 et 45 ans, période de la vie qui pourrait être la mieux conservée (Geneau, 2001),
- connaître l'ancienneté de la démence,
- connaître les antécédents d'état confusionnel et les antécédents pathologiques ayant déjà occasionné un état confusionnel : infection respiratoire basse, infection urinaire, autre pathologie médicale ou chirurgicale,
- connaître les traitements médicamenteux en cours.

## **VII. Observation du patient présentant des troubles du comportement**

Il convient d'observer précisément le patient, l'écouter attentivement, noter quand et comment se déclenchent les comportements perturbateurs (souvent dans des périodes précises).

Nous proposons ci-dessous observation simple, "en plus et en moins", qui pourra être progressivement complétée et transmise par chaque équipe soignante se succédant en institution ou à domicile. Elle sera au mieux complétée par une concertation en équipe.

*Tableau 3*

## Qu'est-ce qui aggrave le trouble ?

exemples :

- eau trop froide utilisée pour la toilette,
- port d'un habit inadapté car trop serré,
- télévision ou radio trop forte,
- station assise prolongée au fauteuil...

L'utilisation éventuelle d'une grille d'observation telle que le CMAI permettra de préciser les troubles.

La concertation en équipe est indispensable. Noter et communiquer les observations permettront d'éviter des tâtonnements inutiles dans des services où de nombreuses personnes se succèdent. C'est le principe, déjà vu dans le domaine de la douleur, du schéma corporel.

## Qu'est-ce qui apaise le trouble ?

exemples :

- soins par une personne donnée,
- visite apaisante,
- respect du rythme lent du repas,
- calme environnemental ...

# VIII. Traitement du patient présentant des troubles du comportement

## A. Recherche de solutions non médicamenteuses

1. **Il n'y a pas de solution miracle**, mais il faut essayer de corriger tous les facteurs conduisant à l'agitation. Face à une demande souvent urgente, il convient de préciser qu'une action efficace nécessite presque toujours du temps pour porter ses fruits. Les comportements perturbateurs nous semblent d'autant plus difficiles à corriger qu'ils sont anciens, surtout s'ils sont inscrits de longue date dans une relation adverse avec les soignants.

Il convient d'abord de rechercher toutes les causes d'inconfort. Par exemple :

- la nécessité de changer les dispositifs palliatifs de l'incontinence, le linge de corps,
- la station prolongée au fauteuil inductrice de fatigue et de douleurs, éventuellement de spasticité.
- une contention physique inutile ou abusive : seul le patient constamment et immédiatement chuteur doit être retenu. Nous ne contenons pas les malades souffrant de "déambulation excessive", de "risque de chute" ou encore d'agitation ou d'agressivité. En cela, malgré la grande valeur de référence des

recommandations relatives aux contentions, nous sommes critiques vis à vis de l'algorithme de l'ANAES d'octobre 2000.

**2. Il convient de parler doucement**, distinctement, d'une seule chose à la fois, de manière patiemment répétitive. Il faut annoncer ce que l'on va faire, éviter les conversations animées ne s'adressant pas au patient. Le ton de la voix ne doit pas monter : cela ne servira à rien et occasionnera un nouveau comportement d'opposition. Comme le souligne Poch (Poch et al, 2003), le climat émotionnel et l'ambiance affective influent nettement sur l'apaisement éventuel du dément au cours du soin. Au cours de ces dernières années, une attention particulière et justifiée a été portée à l'écoute du patient et de ses besoins. Pouvoir répondre rapidement, voici un défi pour nos institutions si pauvres en personnels. Cette démarche demeure indispensable. Toutefois, dans le cas qui nous occupe, intéressant des patients ayant des difficultés verbales souvent majeures, la parole du soignant ne doit pas attendre la question du malade. Il s'agit d'une relation inhabituelle dans la communication interhumaine. Comme le souligne Yves Gineste (Gineste et al, 2001), la parole devient professionnelle. Chez l'aphasique, il est possible de s'aider de pictogrammes afin de mieux entrer en relation.

**3. Il faudrait divertir le patient** à l'aide de thèmes qui lui tiennent à cœur dans sa biographie : c'est l'utilisation thérapeutique de la difficulté du dément relative à l'attention divisée, c'est-à-dire à s'intéresser à plusieurs évocations ou événements simultanés. De plus, il existerait une "mémoire affective" qui survivrait longtemps aux troubles cognitifs. Cette théorie, aussi discutable soit-elle, a ouvert la voie à l'évocation du passé quand il est agréable ainsi qu'à une stratégie empathique d'approche du dément.

**4. Il est possible de rechercher des solutions type shadowing** avec accompagnement du patient lors des soins, accroché au bras du soignant. Les massages donneraient de bons résultats dans la prévention de l'angoisse. Il faut pratiquer une communication adaptée à la démence en évitant les stimuli incompréhensibles pour le patient et en tenant compte des troubles sensoriels et de la mémoire. Il convient de faire des propositions d'activités rassurantes avant les crises. Pour cela, il est intéressant d'établir un calendrier des moments critiques.

**5. Une attention particulière sera portée au bruit, à la lumière et à la température.**

Des exemples d'excès de bruit intempestif sont ceux des dispositifs métalliques présents sur les chariots destinés à acheminer les repas, les postes de radio et de télévision dont le son est trop fort, le claquement des portes, le port de semelles de chaussures inadaptées.

Un exemple d'excès intempestif de lumière est celui des rayons du soleil tombant directement sur le visage d'un résident qui est incapable de s'en protéger.

Le malade âgé a souvent froid, même en été. Les personnes âgées fragiles sont souvent indisposées par le moindre courant d'air.

La tolérance subjective à la chaleur est souvent excessive, contrastant avec une intolérance objective à cette agression. Cette donnée pourrait bien expliquer en partie la catastrophe liée à la canicule en août 2003 : plus de 15000 morts en France.

6. **Un toucher avec contact étendu** sera utilisé lors des manipulations, le premier contact avec les membres sera pratiqué par dessous, sans agripper, en débutant par des zones non critiques. Certains auteurs bannissent des soins de toilette débutant par le visage, les organes génitaux externes ou les pieds (Gineste et al, 2001). Les considérations d'hygiène nous semblent en effet secondaires par rapport à celles, cruciales, de la tolérance et de l'acceptation du soin à effectuer.

7. Le regard central du patient amènera à **se positionner dans un champ étroit** en face du visage car la personne âgée possède une vision limitée (raideur de la colonne cervicale, champ visuel rétréci).

8. **La chambre individuelle** est indispensable pour ces malades. En effet, si ces chambres étaient par malheur occupées pour convenance, c'est-à-dire pour ceux qui ont les moyens de payer un supplément, il serait impossible d'obtenir le respect du voisin d'un tel "malade valide actif".

## **B. Principes du traitement médicamenteux des troubles du comportement**

Le traitement médicamenteux peut être administré sur le long terme, ou encore en prévention des comportements réactionnels aux soins, aussi doux et attentifs soient-ils.

### **1. Traitement au long cours.**

Suivant leurs indications, six familles de médicaments ont été utilisées :

a) les neuroleptiques, seulement lorsque la note délirante ou les hallucinations induisent le comportement agressif : cette situation n'est pas la plus fréquente en gériatrie. Encore faut-il dédouaner une démence à corps de Lewy au cours de laquelle ces substances sont formellement déconseillées. Par ailleurs, les neuroleptiques seraient inducteurs d'hallucinations au cours des démences fronto-temporales (Pasquier F, 2002).



b) les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS). Nous préférons les administrer lorsque la dimension dépressive est présente, ou au moins la note anxieuse ou obsessionnelle. Dans notre expérience, il s'agit de la famille la plus efficace à long terme quand leur indication est bien posée.

c) les médicaments anticonvulsivants utilisés dans les troubles bipolaires, tels que la carbamazépine, l'acide valproïque ou la lamotrigine. Nous ne les utilisons pas en première intention. Notre expérience se borne à l'acide valproïque dans des états d'agitation avec agressivité. Le résultat est variable, souvent efficace.

d) les médicaments qui sont destinés à améliorer les troubles cognitifs :

- les IACE : inhibiteurs de l'acétyl-cholinestérase.
- la mémantine.

e) les tranquillisants, tels que les benzodiazépines, ne trouvent leur place qu'en urgence et pour une courte durée de l'ordre d'une à deux semaines, délai nécessaire à la montée à pleine dose et à l'action d'autres médicaments. Pour Lebert, (Lebert F. 2005), le méprobamate connaît ici une indication de choix à court terme.

f) les bêta-bloqueurs dont nous n'avons pas d'expérience dans cette indication.

## **2. Traitement préventif de l'agressivité réactionnelle aux soins :**

a) anxiété réactionnelle aux soins

Nous utilisons le midazolam en injection sous-cutanée à la dose de départ de 1 mg à 3 mg. L'augmentation des doses sera prudente avec une titration par pas d'un milligramme. Le plus souvent, nous proposons cette substance d'abord sur un sucre (attention, hors AMM en France). La voie sous-cutanée est réservée aux situations d'impossibilité d'utiliser la voie orale. L'administration a toujours lieu une demi-heure avant les soins. Ces derniers sont débutés le plus tôt possible dans la matinée afin de ne pas compromettre la vigilance lors du repas de la mi-journée. Dans le meilleur des cas, le traitement est interrompu dès que possible lorsque la confiance a pu s'établir durablement entre soignants et soignés.

b) douleur ou suspicion de douleur lors des soins :

Nous utilisons surtout le paracétamol per os la morphine par voie sous-cutanée, lorsque la douleur est préoccupante.

## **3. Traitement médicamenteux de l'agitation en urgence :**

L'attention doit alors se porter sur la sécurité des patients et des soignants. La voie d'administration intraveineuse ou intramusculaire peut alors devenir

inévitables (Rawling et al. 2001). Le midazolam nous semble encore le médicament de choix, de préférence par voie sous-cutanée. D'autres auteurs utilisent des neuroleptiques d'action rapide tels que le tiapride (Tsolaki M. 2001).

**4. Classification retenue par le groupe ayant publié la concertation professionnelle** sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences. (Benoit et al. 2006)

Bien qu'insistant tout particulièrement sur l'analyse du trouble psychocomportemental et sur le traitement non médicamenteux, la concertation professionnelle fournit une nosographie originale et des propositions thérapeutiques médicamenteuses en relation avec elle.

a) les troubles psychotiques aigus relèveraient d'un neuroleptique injectable à action immédiate (dose minimale efficace), par exemple TIAPRIDAL \* 200 mg IM assorti d'une surveillance rapprochée (état de conscience, cardiovasculaire et neurologique) avec réévaluation de la prescription toutes les six heures.

b) les troubles psychotiques subaigus ou chroniques pourraient bénéficier de rispéridone 0,25 à 2 mg par jour en deux prises (RISPERDAL\*).

c) l'agitation avec irritabilité serait soulagée par la mirtazapine (15-45 mg/jour) (NORSET\*) ou un IRS tel que le citalopram (SEROPRAM\* 10-60 mg par jour).

d) l'agitation avec anxiété pourrait être apaisée en phase aiguë par l'oxazépam (SERESTA\*) à doses faibles (15 mg) avec relais par un IRS.

e) l'agitation nocturne (troubles du sommeil, inversion du rythme nyctéméral) bénéficierait, outre d'un renforcement des synchronisateurs externes, de mirtazapine (NORSET\*) ou de miansérine (ATHYMIL\*) ou encore de zopiclone (IMOVANE\*).

f) l'agitation aiguë sans troubles psychotiques dépend souvent d'un contexte réactionnel qui céderait grâce à des mesures non pharmacologiques.

g) l'agressivité, les comportements d'opposition se verraient améliorés par un IRS (contexte fréquent de trouble thymique), ou encore par la rispéridone.

## Conclusion

La prise en charge des troubles du comportement chez la personne âgée démente requiert le panel banal mais combien difficile à l'œuvre en gériatrie : compétence, observation, concertation, pluridisciplinarité, volonté collective d'action.

## Bibliographie

Benoit M, Arbus, Blanchard F, Camus V, Ceerase V, Clément J-P, Frémont P, Guérin O, Hazif-Thomas C, Jeanblanc F, Lafont C, Moreaud O, Pédra M, Poncet M, Richar-Harston S, Rigaud A-S, Soto-Martin M-E, Touchon, J, Vellas B, Fitten L-J, Robert P. Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences. La Revue de Gériatrie, Tome 31, N°9 NOVEMBRE 2006, pp 689-96.

Bowen JD, Larson EB. Drug-induced cognitive impairment. Defining the problem and finding the solutions. *Drugs Aging* 1993; 3 (4): 349-57

Chung JA, Cummings JL. Neurobehavioral and neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease : characteristics and treatment. *Neurol Clin* 2000 Nov;18(4):829-46.

Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol* 1989 May;44(3):M77-84.

Cohen-Mansfield J, Deutsch LH. Agitation: Subtypes and Their Mechanisms. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1996 Oct;1(4):325-339.

Devanand DP. The interrelations between psychosis, behavioral disturbance, and depression in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1999 Nov;13 Suppl 2:S3-8. [dpd3@columbia.edu](mailto:dpd3@columbia.edu)

Geneau D. Comportements d'agitation pathologique. Conférence. Colloque du 2 octobre 2001. Maison de retraite de Beaumont-de-Lomagne (France).

Gineste Y, Marescotti R "Capture et rebouclage sensoriel dans la gestion des comportements perturbés des patients âgés déments lors des soins de base" (*Géront'on-line* ), n° 6, juin 2001. Production Yves Gineste et Rosette Marescotti, CEC.87220 Eyjeaux- France. <http://www.cec-formation.net/capture.html>.

Kunik ME, Huffman JC, Bharani N, Hillman SL, Molinari VA, Orengo CA. Behavioral disturbances in geropsychiatric inpatients across dementia types. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000 Spring;13(1):49-52

Lebert F. La gestion des troubles psycho-comportementaux. *La Revue de Gériatrie*. Tome 30, supplément A au n°4, avril 2005, A-29 – A-36.

Léger JM, Ouango JG. Agitation et agressivité du sujet âgé : signes de souffrance, marqueurs d'inadaptation au milieu. *La Revue de Gériatrie*, Tome 26, N°2 février 2001.

Maisondieu J. Le crépuscule de la raison. Bayard Culture. Paris, 11/2001.

McDonald William M., MD, Nemeroff Charles B. Practical Guidelines for Diagnosing and Treating Mania and Bipolar Disorder in the Elderly. [Medscape Mental Health 3(2), 1998. © 1998 Medscape, Inc.]

Noblet-Dick M, Kiesmann M, Kaltenbach G, Lang PO, Akkuzu H, Martin-Hunyadi C, Berthel M. Evaluation par l'inventaire Neuropsychiatrique (NPI) des symptômes comportementaux et psychologiques aux différents stades de la maladie d'Alzheimer. Revue de Gériatrie 2004;29:605-612

Ohnen S.H. Troubles psychocomportementaux du sujet âgé. Aspects cliniques. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie. Année 2 -Juillet-Août 2002.

Pasquier F. 2002. Troubles du comportement, prospective. In "Les nouveaux défis de la maladie d'Alzheimer", Editions Médigone, 2002, pp 204-6.

Pellissier J. « La nuit, tous les vieux sont gris » Bibliophane – Daniel Radford, Paris, 2003.

PochB, Cinq-Fraix S. Comportement perturbateur ou Comportement perturbé ? La relation avec le dément. La Revue de Gériatrie, Supplément C au Tome 28, n°7, septembre 2003.

Pradines V. Pradines B. L'agitation chez le dément non verbalisant : penser à la douleur. Résumé en français : Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement. Numéro 2, volume 4, 271-4, décembre 2004, Synthèse.

Pradines V, Pradines B, Poli P, Manteau R. Evaluation de la douleur chez le sujet âgé dément non verbalisant. Santé Mentale n°99. Juin 2005, pp 70-75.

Rawlings Joe Newsom , M.D., and Verma Sumer , M.D., M.B. Guidelines for Management of Behavioral Disturbances. Geriatric Times July/August 2001 Vol. II Issue 4.

Rubin EH, Morris JC, Berg L. The progression of personality changes in senile dementia of the Alzheimer's type. J Am Geriatr Soc 1987 Aug;35(8):721-5

Tsolaki M. Evaluation of tiapride in agitated elderly outpatients: an open study. Hum Psychopharmacol. 2001 Jul;16(5):417-422