

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

Dr B. Pradines, 1er juillet 2010 IFSI du CH Albi.

Site web : <http://www.geriatrie-albi.fr>

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. Evaluation des troubles du comportement

IV. Signification des troubles du comportement

V. Connaissance du patient présentant des troubles du comportement

VI. Observation du patient présentant des troubles du comportement

VII. Traitement du patient présentant des troubles du comportement

Conclusion

Bibliographie

Introduction

Les troubles perturbateurs du comportement sont une cause fréquente d'altération de la qualité de vie des malades et d'épuisement de leur entourage, exposant au risque de maltraitance ou de négligence. Ils sont fortement inducteurs d'hospitalisations et d'entrée en institution. Cohen-Mansfield (Cohen-Mansfield, 2009) retrouve les troubles du comportement à l'origine d'un peu moins de la moitié des raisons d'entrée en institution : l'agitation et l'agressivité y 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).

Pour Moreaud (Moreaud, 2007), le trouble du comportement est un comportement gênant, en référence à des normes culturelles et sociales, gênant souvent davantage l'entourage que le malade lui-même.

La prise en compte de ces signes et symptômes est indispensable 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). Ils altèrent le pronostic fonctionnel de la maladie et entraînent des prescriptions médicamenteuses mal supportées. Ils sont un défi quotidien pour les soignants à domicile et dans les institutions hospitalières et 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).

Les termes de "symptômes psycho-comportementaux" ou de "troubles du comportement" ne supposent pas une responsabilité exclusive de la personne âgée dans les comportements inadaptés évoqués ici.

Il s'agit d'une définition relative, les normes comportementales étant en partie 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 démence¹ sans trouble du comportement.

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

Ils peuvent être regroupés en troubles « négatifs » et troubles « positifs ». Ils sont souvent fluctuants en intensité ou épisodiques, ils sont interdépendants, souvent associés et peuvent être précédés par des signes précurseurs minimes.

A) Les troubles du comportement sont le plus souvent "négatifs"

Ils se manifestent sous la forme d'un repli sur soi, d'un désintérêt, d'un retrait, d'une apathie (indifférence affective), d'une adynamie, d'une démotivation

¹ Les définitions actuelles des démences sont accessibles aux pages suivantes : <http://geriatrie-albi.com/DSMIVAlzheimer.html> et <http://geriatrie-albi.com/NINCDS-ADRDA.html>

globale, voire d'une somnolence quasi constante. Ces troubles peuvent s'exprimer par un alitement sans explication organique, une indifférence à soi-même et à l'environnement. Ces modalités comportementales anormales sont de loin les plus fréquentes chez les patients déments.

B) Les troubles positifs du comportement, encore qualifiés de productifs, perturbateurs ou dérangeants.

Il s'agit d'attitudes ou d'expressions verbales dérangeantes, perturbatrices ou dangereuses pour le malade ou pour autrui qui peuvent être observées au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées.

Tableau 1 (source HAS, mai 2009)

Opposition	Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité.
Agitation	Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié.
Agressivité	Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient.
Comportements moteurs aberrants	Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.
Désinhibition	Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant.
Cris	Vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives.
Idées délirantes	Perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie.
Hallucinations	Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles.
Troubles du rythme veille/sommeil	Troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du cycle nyctéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée.

En milieu de soins, ces troubles peuvent provoquer l'ablation ou la détérioration des perfusions ou des pansements. Le patient peut mettre du désordre dans sa chambre, par exemple en se saisissant de tous les objets disponibles, en occupant une chambre ou un lit voisins, en consommant des mets ne lui appartenant pas, en ayant des gestes déplacés vis-à-vis des autres malades ou des personnels, en empêchant le repos des autres patients par des cris.

Outre celle citée dans le tableau ci-dessus, les descriptions de l'agitation varient. Pour Léger, il s'agit d'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). D'autres définitions se réfèrent à des comportements sans objet, ou encore socialement inappropriés.

C) Fréquence des troubles du comportement

Cohen-Mansfield (Cohen-Mansfield et al. 1989) trouve, chez 408 résidents, 29 malades atteints de troubles à prédominance diurne. Dans cette étude, les plus fréquents sont l'agitation, la déambulation, les phrases répétitives, les appels à l'attention, les plaintes, le négativisme et les jurons.

Pour Chung (Chung et al. 2000), des changements de la personnalité, une perturbation de l'humeur (anxiété, dépression, euphorie) et des signes psychotiques (idées délirantes, hallucinations) sont fréquemment constatés au cours de la maladie d'Alzheimer. Ils peuvent coexister chez le même malade.

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.

Lors d'une coupe transversale réalisée en septembre 2001 en Soins de Longue Durée au Centre Hospitalier d'Albi avec la grille CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory en annexe), une personne sur cinq présente un trouble positif :

- 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.

Ci-dessous 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.

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

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. 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 SPCD augmentaient avec l'évolution de la maladie d'Alzheimer probable chez 60 patients dans un

hôpital de jour.

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

Tableau 2. Troubles du comportement selon l'évolution du MMS (Mini-mental state, cotation de 0 à 30)

Stades débutants (MMS>25) (n=15)	Stades modérés (MMS compris entre 18 et 25 inclus) (n=21)	Stades plus sévères (MMS<18) (n=24)
L'anxiété (60%) et la dépression (53%) étaient fréquentes. 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 succèdent aux troubles psychologiques et de l'humeur.

III. Evaluation des troubles du comportement

A) Le NPI/ES (Neuropsychiatric Inventory, en français : inventaire neuropsychiatrique pour équipes soignantes)

1. Description du NPI/ES

Les troubles du comportement et la psychopathologie sont décrits par le NPI/ES. Cet outil est adapté aux institutions. Il a été choisi comme critère d'entrée dans les PASA² et les UHR³.

Ci-dessous la liste des items du NPI/ES 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 ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ou de l'équipe soignante ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou que leur époux/épouse le/la trompe? Le patient a-t-il d'autres croyances inhabituelles ?

b. Hallucinations

² PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

³ UHR : Unité d'hébergement renforcée

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? 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 ? ” (Si oui, demandez un exemple afin de déterminer s’il s’agit bien d’une hallucination). Le patient s’adresse-t-il à des personnes qui ne sont pas là ?

c. Agitation/Agressivité

Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse l’aide des autres ? Est-il difficile de l’amener à faire ce qu’on lui demande ? Est-il/elle bruyant et refuse-t-il/elle de coopérer ? Le patient/la patiente essaye-t-il/elle de blesser ou de frapper les autres ?

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) ? Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois ?

e. Anxiété

Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou est-t-il/elle incapables de se détendre ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d’être séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance ?

f. Exaltation de l'humeur/Euphorie

Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas d’une joie de vivre tout à fait normale mais, par exemple, du fait qu’il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ?

g. Apathie/Indifférence

Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l’entoure ? N’a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour participer aux activités ? Est-il devenu plus difficile d’engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux activités de groupe ?

h. Désinhibition

Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle des choses déplacées ou blessantes pour les autres ?

i. Irritabilité/Instabilité de l'humeur

Le patient/la patiente est-il/elle facilement irritable ou perturbé ? Est-il/elle d’humeur très changeante ? Se montre-t-il/ elle extrêmement impatient(e) ? ”

j. Comportement moteur aberrant

Le patient/la patiente-t-il/elle des activités répétitives ou des rituels qu’il reproduit de façon incessante comme faire les cent pas, tourner sur soi-même, tripoter des objets ou enrouler de la ficelle ? (ne pas inclure les tremblements simples ou les mouvements de la langue)

k. Sommeil

Cette partie du questionnaire devrait s’adresser uniquement aux membres de l’équipe soignante qui travaillent la nuit et qui observent le patient/la patiente

directement ou qui ont une connaissance suffisante des activités nocturnes du patient/de la patiente (assistent aux transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe du matin). Si le soignant interviewé ne connaît pas les activités nocturnes du patient/de la patiente, notez « NA » (non applicable).

“Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Reste-t-il/elle réveillé(e) la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou pénètre dans d'autres chambres? ”

1. Troubles de l'appétit et de l'alimentation

“Le patient/la patiente a-t-il/elle un appétit démesuré ou très peu d'appétit, y-a-t-il eu des changements dans son poids ou ses habitudes alimentaires (coter « NA » si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ?

2. Cotation du NPI/ES

a. Fréquence

Quelquefois, moins d'une fois par semaine : 1

Assez souvent, environ une fois par semaine : 2

Fréquemment, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours : 3

Très fréquemment, tous les jours ou pratiquement tout le temps : 4

b. Gravité

Léger : 1

Moyen : 2

Important : 3

c. Retentissement

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout : 0

Minimum : 1

Légèrement : 2

Modérément : 3

Sévèrement : 4

Très sévèrement, extrêmement : 5

B) Le CMAI (en annexe)

IV. Signification des troubles du comportement

Un trouble du comportement n'est jamais gratuit. Il recèle toujours une cause, ou plutôt des facteurs favorisants et des facteurs précipitants 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 Rawlings (Rawlings 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 seraient 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.

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 extrapolation de ce genre de situation chez l'adulte, 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 ainsi d'une projection trop facile 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.

A) Etiologies somatiques, autrement qualifiées d'organiques

1) L'état confusionnel - ou confusion aiguë - représente la cause brutale la plus fréquente d'agitation.

L'état confusionnel est d'autant plus fréquent que l'état cognitif habituel est altéré. Un état confusionnel peut être déclenché par toute pathologie organique telle qu'une pathologie respiratoire, une infection urinaire, un fécalome ou même par des désordres électrolytiques relativement mineurs. D'autres causes d'inconfort peuvent être en jeu : rétention d'urines, constipation, dyspnée, nausées, dénutrition, 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 aigu que le facteur déclenchant sera brutal.

Ainsi, les médicaments sont souvent en cause.

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 texte)

A haut risque	A risque moyen	A bas risque
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	β -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

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

- une numération formule sanguine, le dosage des électrolytes sériques, de l'urée sanguine, de la glycémie, ces données étant comparées aux résultats similaires de référence en situation stable, 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,

- au moindre doute : un cliché pulmonaire et un électrocardiogramme (ECG), voire un examen tomodensitométrique (scanner) ou un EEG. Un abdomen sans préparation (ASP) peut venir utilement confirmer, entre autres, la présence d'un fécalome ou d'une rétention d'urines. Dans cette dernière éventualité, l'ultrasonographie portable (échographie), 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. En conclusion, le bilan biologique sera guidé par la clinique en tentant de dépister les pathologies les plus courantes à l'origine des perturbations neuro-psychiques aiguës.

2) 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, l'ECPA ou ALGOPLUS). 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, cotes. 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).

3) Autres étiologies :

La coexistence avec l'un des symptômes ou l'une des comorbidités suivantes est retrouvée lors des troubles du comportement dans une étude limitée de 38 patients âgés suivis en institution pendant 8 mois (Menecier-Ossia L. et al, 2007) :

Tableau 3

Douleur	Chute	Déshydratation	Fièvre	Infection urinaire	Infection respiratoire	Trouble du transit	Rétention urinaire	Prurit intense	Bas débit cardiaque
32 %	21 %	18 %	16 %	13 %	6 %	6 %	3 %	3 %	3 %

Cette étude a le mérite de rechercher la coexistence des troubles du comportement avec une pathologie somatique. Toutefois, il n'est pas possible d'établir un lien de causalité définitif et exhaustif entre ces situations et le trouble du comportement. En effet, la douleur est un phénomène fréquent, dont la prévalence est retrouvée encore plus élevée dans la population générale en institution que dans cette étude spécifique aux troubles du comportement. Malgré tout, ces résultats posent fort bien les problèmes rencontrés en pratique quotidienne. En particulier, ils nous rappellent la nécessité, parfois fastidieuse car longue et répétitive, de rechercher systématiquement une pathologie somatique à l'origine des troubles du comportement.

B) Etiologies psychiatriques et psychologiques

En présence d'une démence, les autres pathologies risquent d'être sous-estimées, telle que la décompensation d'une maladie psychiatrique préexistante.

- a) D'abord la dépression dont on connaît la fréquence au grand âge et les atypies sémiologiques. La dépression s'accompagne d'anxiété.
- b) Les états anxieux sont rarement isolés d'un syndrome dépressif.
- c) les délires de préjudice : ils sont aggravés par les déficits sensoriels qui font le lit des fausses interprétations.

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".

g) la décompensation d'une maladie psychiatrique. Par exemple, la manie peut être confondue avec un état confusionnel, une démence ou encore une dépression avec agitation (McDonald William M. et al. 1998).

C) Facteurs environnementaux

Souvent le patient est perplexe devant un environnement qu'il ne comprend plus. S'il peut se résigner, il lui arrive aussi de se rebeller par exaspération devant une telle situation.

a) Les changements de situation créent un délire d'adaptation (Geneau, 2001) d'autant plus facilement que les troubles cognitifs préexistent. Ainsi, l'hospitalisation, avec parfois des changements de service, est-elle inductrice de troubles du comportement liés à une intense désorientation. Les contraintes environnementales incomprises, notamment en institution (lieux imposés, types de locaux, organisation de la journée), représentent un facteur pouvant favoriser la survenue de troubles du comportement.

Il convient de relever les événements récents, même anodins, qui sont des facteurs de stress et peuvent faire décompenser un état de vulnérabilité. Il peut s'agir de changements d'organisation de la prise en charge ou du lieu de vie du patient, de modifications de l'environnement ou des intervenants, de situations de conflit interpersonnel ou de contraintes vécues.

b) 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. Seront pris en compte : l'attitude des soignants et des aidants, leur degré d'information et de formation, leur capacité de communication, d'empathie, d'anticipation des besoins du patient et d'adaptation à ses symptômes. 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

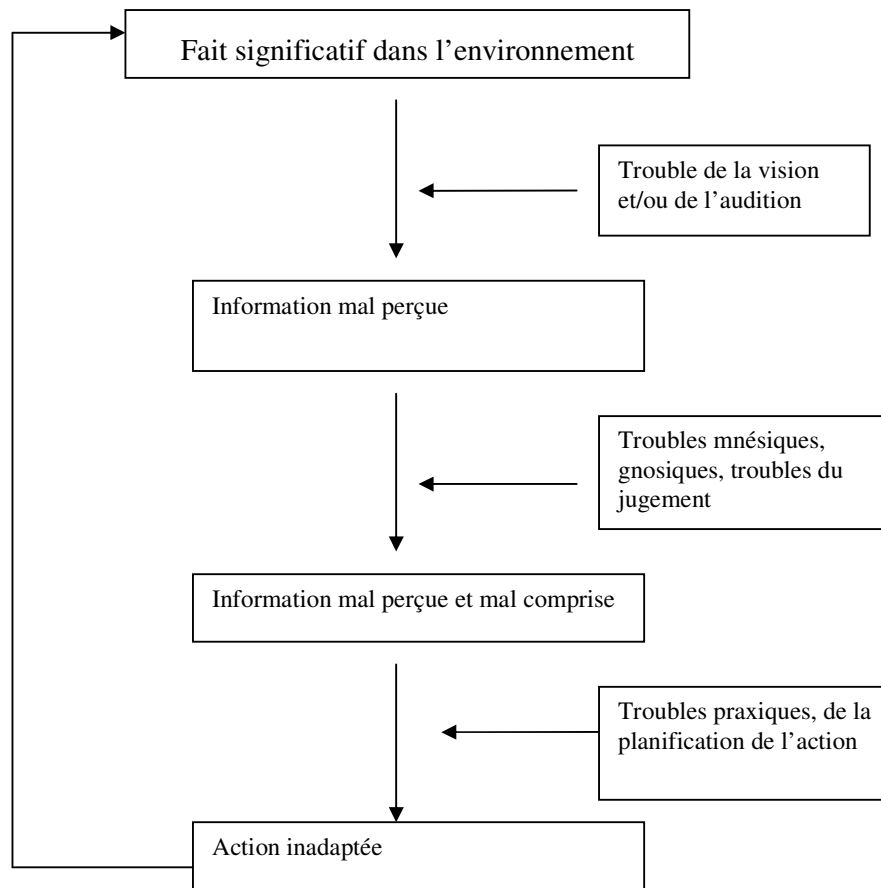
L'échec des tentatives d'adaptation aux situations nouvelles peut se traduire par l'agitation et l'agressivité, l'âge accentuant les traits de la personnalité antérieure et abaissant le seuil de passage à l'acte. Pour l'introverti, ceci se traduirait par une tendance à l'isolement méfiant et revendicateur,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

Les éléments d'histoire de vie, le caractère et la personnalité avant la survenue de la maladie, les modalités antérieures de réaction à des situations stressantes ou des problèmes de santé seront recherchés. Ces informations peuvent être récupérées auprès de proches du patient ayant une connaissance de sa biographie, mais elles doivent être interprétées selon la qualité des relations que le patient a entretenues ou a actuellement avec ses proches.

5. Facteurs liés aux déficits sensoriels et cognitifs

Les troubles sensoriels sont inducteurs de troubles du comportement, en particulier quand ils sont associés à des troubles cognitifs. 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 (mémoire, orientation, jugement, communication, praxies, fonctions exécutives, etc.) retentissent sur l'adaptation du patient à la vie quotidienne. Ils viennent aggraver une situation que l'on pourrait ainsi schématiser :

graphique 1



6. Un exemple multifactoriel : les troubles du comportement sexuel.

Du fait de leur fréquence et de la grande féminisation des professions soignantes (88 % en institution, 99 % à domicile), les troubles du comportement sexuels sont un problème fréquent en pratique gériatrique institutionnelle. Ils sont presque toujours l'apanage des hommes âgés.

Quelques hypothèses sur leur genèse :

- la désinhibition qui permet au désir de ne pas subir le contrôle de la raison (règles de la vie en société),
- la privation des relations sexuelles,
- le contact physique socialement réservé à la sexualité, surtout à partir d'un certain âge,
- 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 une jeune soignante,

- une culture masculine "active" fondée sur la proposition pour les générations d'aînés,
- la fonction de reproduction efficiente chez l'homme, quasiment jusqu'à la fin de la vie et la proximité de la mort qui pourraient entraîner une réactivation de la pulsion de vie dans une optique inconsciemment reproductive, afin de se survivre.

V. 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 : infection, 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 en mémoire (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.

VI. Observation du patient présentant des troubles du comportement

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.

Il convient d'observer précisément le patient, de l'écouter attentivement, de 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 ?	Qu'est-ce qui apaise le trouble ?
<p>exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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... 	<p>exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soins par une personne donnée, - visite apaisante, - respect du rythme lent du repas, - calme environnemental ...

L'utilisation éventuelle d'une grille d'observation telle que le NPI / ES ou 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 nombreux soignants se succèdent. C'est le principe, déjà vu dans le domaine de la douleur, du schéma corporel.

VII. 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. En dehors de la confusion aiguë, 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 aux besoins du malade, 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 patient. 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. Citons aussi l'allumage des plafonniers lors des soins nocturnes.

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 contraste 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 par ceux qui ont les moyens de payer un supplément, il serait impossible d'obtenir le respect du voisin d'un tel "malade valide actif".

9. Par ailleurs, des **activités** apaisantes ont été proposées ici ou là : toucher, relaxation, espaces Snoezelen, thérapie par l'art, musicothérapie ... Un minimum d'activité peut favoriser le sommeil parfois impossible à trouver sans aucun stimulus diurne.

B. Principes du traitement médicamenteux des troubles du comportement

Ce traitement ne doit pas être aveugle devant toute agitation ou toute agressivité. Ainsi, par exemple, il ne faut pas traiter par des tranquillisants une constipation ou même simplement le besoin d'aller à la selle. Idem pour le besoin d'être changé ou pour l'inconfort au fauteuil. Sans parler des insomnies liées à un voisin de chambre bruyant ou perçu comme menaçant.

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. Ces substances sont actuellement trop souvent utilisées car génératrices d'effets secondaires : somnolence, hypotension, chutes, effets extrapyramidaux. 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 l'indication est bien posée.

c) les médicaments anticonvulsivants (ou thymorégulateurs) utilisés dans les troubles bipolaires, tels que la carbamazépine, l'acide valproïque, la gabapentine 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. Cet optimisme est remis en cause pas l'HAS (HAS, mai 2009).

d) les médicaments qui sont destinés à améliorer les troubles cognitifs ont peu ou pas d'efficacité. Pour l'HAS (HAS, mai 2009), ils ne sont pas recommandés dans cette indication :

- 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 tels qu'un antidépresseur ou à la correction d'un état confusionnel.

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 AMM⁴ 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 ou bien un opioïde per os ou même par voie sous-cutanée lorsque la douleur est plus intense.

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 inévitable (Rawlings 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 psycho-comportemental 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).

⁴ AMM : autorisation de mise sur le marché

- d) l'agitation avec anxiété pourrait être apaisée en phase aiguë par l'oxazépan (SERESTA*) à doses faibles (15 mg) avec relais par un IRS.
- e) l'agitation nocturne (troubles du sommeil, inversion du rythme nycthéméral) 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 cèderait 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.

Cohen-Mansfield J, Wirtz PW. The reasons for nursing home entry in an adult day care population: caregiver reports versus regression results. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2009 Dec;22(4):274-81.

Devanand DP. The interrelations between psychosis, behavioral disturbance, and depression in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1999 Nov;13 Suppl 2:S3-8.

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://pagesperso-orange.fr/cec-formation.net/capture.html>

HAS 2009. Haute Autorité en Santé (HAS). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Recommandations de bonne pratique, mai 2009.

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.]

Menecier-Ossia L, Musset E, Menecier P, Garnier-Carronnier S, Arezes C, Bernard B, Ploton L. Les troubles du comportement en institution. Une approche globale. *Repères en Gériatrie* • Octobre 2007 • vol. 9 • numéro 74

Moreaud O. Que sont les troubles du comportement pour le neurologue ? Bases neurophysiopathologiques. *La Revue de Gériatrie*, Tome 32, N°6 JUIN 2007, pp 453-56.

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.

Poch B, 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