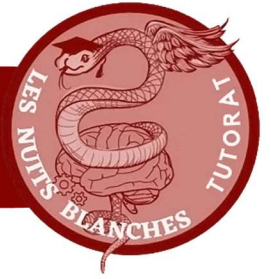




Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 18

Psychiatrie de la personne âgée

Symptômes psychiatriques et
comportementaux liés aux troubles
neurocognitifs majeurs

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de M.TREARD présenté le 23/04/2024.

Symptômes psychiatriques et comportementaux liés aux troubles neurocognitifs majeurs

I. Introduction

Plusieurs termes sont utilisés :

- Symptômes psychologiques et comportementaux au cours de la démence (SPCD)
- Symptômes neuropsychiatriques
- Troubles du comportement

Des symptômes de distorsion de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement sont fréquemment observés chez les patients présentant une démence (International Psychogeriatric Association, 2003).

Actuellement on ne parle plus de « démence » mais de « trouble neurocognitif majeur (TNM) »

La fréquence d'apparition de ces symptômes est importante (80% des TNM) ce qui tend à augmenter avec la sévérité du déclin cognitif mais parfois ces symptômes sont présents en début d'évolution voire avant les troubles cognitifs.

L'étiologie est multifactorielle et il y a une grande hétérogénéité d'un patient à l'autre, d'une pathologie à l'autre et au cours du temps (fluctuants). Il y a peu d'option thérapeutique et il y a un risque d'iatrogénie médicamenteuse ++. Ces symptômes ont des conséquences majeures sur la qualité de vie du patient et de son entourage, le parcours de soin, l'évolution de la pathologie ...

II. Différents types de SPC

Symptômes affectifs et émotionnels	Symptômes comportementaux	Symptômes psychotiques	Troubles des fonctions instinctuelles
<ul style="list-style-type: none">• Tristesse, anhédonie• Anxiété, angoisse• Apathie, indifférence• Euphorie, Labilité émotionnelle, irritabilité	<ul style="list-style-type: none">• Déambulation, comportements moteurs aberrants, vocalisations• Agitation / agressivité	<ul style="list-style-type: none">• Hallucinations• Idées délirantes	<ul style="list-style-type: none">• Sommeil• alimentation• Libido

Il y a 4 types de symptômes :

- Affectifs et émotionnels
- Comportementaux
- Psychotiques
- Troubles des fonctions instinctuelles

a. Les symptômes thymiques (affectif et émotionnel)

Symptômes dépressifs	Euphorie, labilité émotionnelle, irritabilité
<ul style="list-style-type: none">• Tristesse, pleurs fréquents• Aboulie, anhédonie• Pessimisme• Idées morbides, idées suicidaires<ul style="list-style-type: none">• Ne pas méconnaître un épisode dépressif surajouté	<ul style="list-style-type: none">• Antécédent de trouble bipolaire ? Épisodes dépressifs (bipolarisation tardive) ?• Rechercher si accélération psychomotrice / logorrhée / insomnie sans fatigue / mégalomanie ...• Mais autres critères de l'épisode maniaque peuvent se confondre avec d'autres SPC (désinhibition, hyperactivité motrice ...)

1) L'apathie

L'apathie a des signes cliniques communs avec la dépression. Il y a peu d'efficacité des antidépresseurs dans l'apathie. La prise en charge se fait en première intention pas des techniques de soins relationnelles et des interventions non médicamenteuses.

2) Anxiété, angoisse

En cas d'anxiété, on peut se poser la question d'une décompensation d'un trouble anxieux ancien ou d'un développement d'un trouble anxieux sur personnalité anxieuse antérieure.

L'anxiété est souvent responsable de « conduites agies », d'expression verbale altérée par les troubles cognitifs. Il est important de rechercher des hallucinations.

b. Symptômes comportementaux, l'agitation

L'échelle de Cohen-Mansfield (CMAI) permet d'évaluer l'état d'agitation. Selon les critères de l'agitation de l'IPA : au moins un domaine de symptômes durant 2 semaines :

- Agressivité physique
- Agressivité verbale
- Activité motrice excessive

Il faut rechercher une anxiété associée ou des symptômes psychotiques.

c. Symptômes psychotiques

Les hallucinations visuelles sont très fréquentes dans la maladie à corps de Lewy (animaux, humains, déformations d'objets, sensation de présence ou de passage ...).

Il peut y avoir aussi des hallucinations auditives (musique, voix), cénesthésiques, olfactives ...

Il faut rechercher une anxiété associée (ou si anxiété, rechercher si hallucinations associées). Concernant les idées délirantes le mécanisme est souvent différent dans le TNCM, ce sont plutôt des interprétations délirantes.

d. Conduites instinctuelles

Sommeil :

- Insomnie / hypersomnie
- Cauchemars
- Trouble du comportement en sommeil paradoxal
- Inversion du rythme nyctéméral

Alimentation :

- Anorexie / refus d'alimentation (rechercher idées délirantes empoisonnement)
- Hyperoralité
- Appétence pour le sucré

Libido : désinhibition sexuelle

III. Evaluation et étiologie des Symptômes Psycho-Comportementaux (SPC)

a. Evaluation

Il y a 2 principes d'évaluation :

- Caractériser les symptômes : Nature/type de SPC, fréquence, intensité, retentissement, évolution/circonstances d'apparition
- Intérêt des échelles : Echelle d'évaluation globale, échelle d'évaluation spécifique de SPC

Dans cette étape d'évaluation, il faut demander à l'aidant de décrire le comportement « comme si c'était un film »

L'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est une méthode d'évaluation de SPC en 12 domaines. Elle interroge la présence ou l'absence de ces symptômes, la fréquence, la gravité et le retentissement. Elle est réalisée par un aidant principal, une équipe soignante.

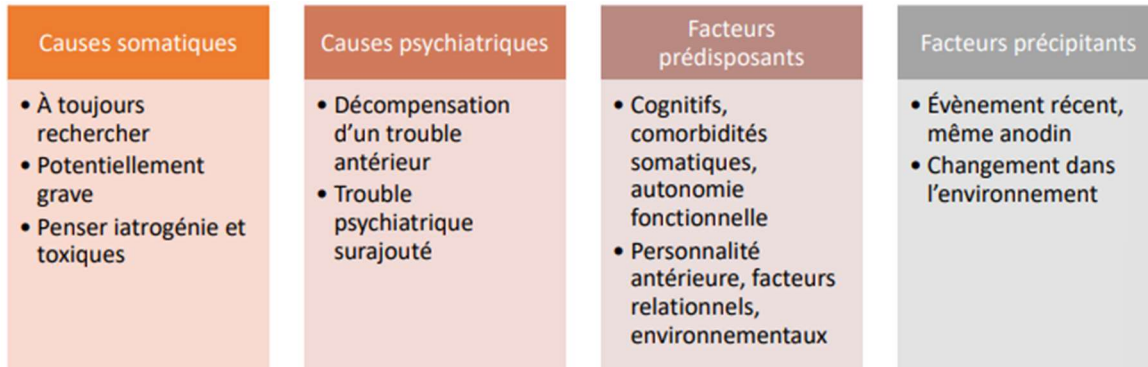
INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI						
Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idees delirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Depression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

NA = question inadaptée (non applicable)
F x G = Fréquence x Gravité

b. Enquête étiologique

Dans l'enquête étiologique, on recherche :

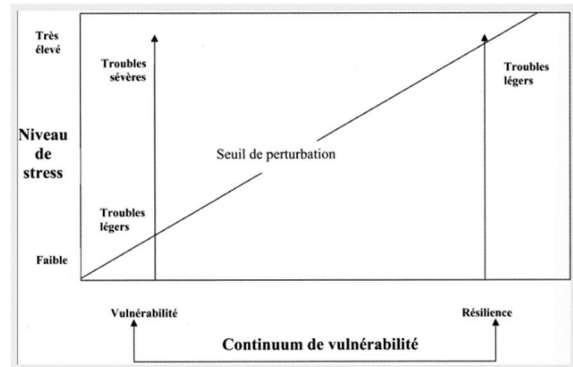
- Causes somatiques
- Causes psychiatriques
- Facteurs prédisposants
- Facteurs précipitants



c. Concept de « vulnérabilité/stress »

Ce concept nous dit que le seuil de perturbation sera différent d'une personne à l'autre en fonction du continuum de vulnérabilité.

Un niveau de stress élevé pourra alors être vécu comme un trouble léger pour une personne résiliente.



d. Facteurs psychopathologiques

Il faut s'interroger sur une possible personnalité pré-morbide :

- Traits pathologiques ? (Impulsivité, instabilité émotionnelle, de l'estime de soi, rigidité, hypertrophie du moi, méfiance, croyances bizarres...)
- Modification/exacerbation caractère avec TNCM

Il peut y avoir un trouble ou une vulnérabilité psychiatrique antérieur ou actuel :

- Trouble de l'humeur : + difficile à équilibrer avec le TNCM
- PTSD : à savoir en tête, parfois apparition ou décompensation

e. Facteurs liés à l'aidant

Compréhension de la maladie, de l'impact des troubles cognitifs sur la perception des situations, sur la relation à l'autre et à l'environnement

Aptitudes de réactions face à l'agitation, aux idées délirantes...

Ressources psychiques propres à l'aidant : Décompensation d'un trouble ancien, dépression dans le cadre du syndrome d'épuisement de l'aidant

Relations antérieures avec l'aidant

f. Mode d'évolution

Pour les SPC d'apparition brutale, il faut donc rechercher une cause somatique. Pour les SPC d'apparition subaiguë, il faut rechercher une cause somatique mais surtout environnementale.

Pour les SPC « chroniques », il faut rechercher des facteurs internes, parfois environnementaux.

IV. Prise en charge des SPC

La prise en charge fait consensus international : une prise en charge non médicamenteuse. Les psychotropes sont indiqués en derniers recours.

a. Approche DICE

D de Describe : caractériser et contextualiser le comportement → Entretien avec l'aidant / soignant

I de Investigate : mise en évidence d'étiologies possibles → Examen clinique, environnement, relation avec aidant

C de Create : plan de soins personnalisé avec l'aidant et/ou l'équipe soignante

E de Evaluate : réévaluer le plan de soins, efficacité ? Modifier en fonction

b. Prise en charge somatique

- Douleur : il y a une difficulté à exprimer la douleur avec les troubles cognitifs.
- Infection : importance examen clinique, bilan biologique
- Constipation
- Rechercher les traitements médicamenteux potentiellement responsables :
 - o Certains antiépileptiques
 - o Psychotropes
 - o Corticoïdes
 - o Agonistes dopaminergiques
 - o AINS, antalgiques palier II

Toute intervention doit reposer sur la connaissance du patient : projet de soin personnalité ++

- Ses capacités sont préservées (cognitives, communication verbale et/ou non verbale, capacités à se mobiliser)
- Ses besoins (environnement calme et rassurant, routine structurante)
- Ses préférences : compréhension de l'histoire du patient et de ses expériences antérieures (travail, principaux événements de vie, source d'intérêt, croyances, relations familiales), goûts et dégoûts

c. Prise en charge environnementale et relationnelle

La formation et le soutien de l'aidant sont très importants. : Cela améliore la qualité de vie patient et l'aidant, permet de favoriser le maintien à domicile. Attention en revanche au syndrome de l'épuisement de l'aidant.

Il faut sécuriser et adapter l'environnement. Des équipes spécialisées Alzheimer existes (et maladies apparentées), Association France Alzheimer, « allo j'aide un proche », halte répit ou accueil de jour. Il est important de ritualiser ++ pour diminuer l'anxiété.

d. Exemples de prise en charge non médicamenteuse

Détourner l'attention, générer des émotions positives, apaiser :

- Activités « flash » avant les pics d'agitation
- Coloriage
- Promenades
- Musique pendant les soins
- Poupée d'empathie
- Parler de son ancien métier, de son vécu
- ...

Importance de bien connaître l'histoire de vie du patient

e. Prise en charge médicamenteuse

Les psychotropes sont introduits en cas d'échec des techniques non médicamenteuses. La prescription se fait sur une courte période et il est important d'évaluer régulièrement la tolérance, l'efficacité et l'indication.

La prise en charge de facteurs somatiques se fait par les antalgiques et le traitement d'une infection notamment.

V. Cas cliniques

Mme B, 79 ans, maladie d'Alzheimer à un stade modéré avec une ADL 5/6. L'opposition à la toilette se fait avec agressivité. Elle a une agitation vespérale, et cherche à sortir de la maison. Il y a une aggravation depuis 2 semaines.

- Rechercher personnalité antérieure : anxieuse.
- Histoire de vie : était professeur de musique, s'occupait de ses 3 enfants, mari travaillait beaucoup, réalisait toutes les tâches ménagères
- Pas d'intimité depuis de nombreuses années dans le couple
- Evaluation de l'aidant : épuisé, irritable, perte de repères, doit apprendre à faire les tâches ménagères

DICE :

- Describe : Au moment de la toilette elle regarde et montre le miroir, elle essaie de partir de la salle de bain, se débat lors du déshabillage. Le soir elle prépare son sac, met ses chaussures, s'agite en allant dans toutes les pièces, cherche les clés de voiture, tape contre la porte d'entrée qu'elle ne parvient pas à ouvrir, pleure en disant qu'elle va être en retard.
- Investigate : Prescription corticothérapie par le rhumatologue devant poussée PR. Il y a un épuisement du mari avec irritabilité, tendance à s'énerver
- Create : Pendant la toilette, cacher le miroir, mettre de la musique, aide professionnelle ? Pour l'anxiété vespérale faire des activités « flash » : piano, musique, concert à la télé. On voit s'il y a possibilité de diminution corticothérapie. On peut aussi demander une formation de l'aidant.
- Evaluate : Amélioration ? Activités qui ont fonctionné ? Quoi poursuivre ? Quoi proposer d'autre ?

VI. Take home message

- Toujours rechercher les facteurs associés
- Bien caractériser le(s) comportement(s)
- Place de l'aidant ++++
- Pour l'évaluation
- Pour la prise en charge
- Prise en charge essentiellement non médicamenteuse

Figure 2 : Facteurs associés aux SPCD (d'après Kales HC et al 2015)

