



ATELIER A

La prise en charges des troubles du comportement

Elodie COUSAERT et Sophie LAGOUARDE



La prise en charge des troubles du comportement

1^{er} contact !

Elodie COUSAERT

Infirmière en Pratique Avancée

Centre Mémoire

Pôle gérontologie clinique

CHU de Bordeaux



Infirmière en pratique avancée

- **Infirmière diplômée d'état** qui a acquis les **connaissances** et les **savoir-faire** nécessaires aux prises de **décisions complexes**, de même que les compétences **cliniques** indispensables à la pratique avancée de sa profession dont les caractéristiques sont déterminées par le **contexte** dans lequel l'infirmière sera **autorisée** à exercer
- Formation universitaire de niveau **maîtrise**
(Conseil international des infirmières, 2008)



Infirmière en pratique avancée en consultation mémoire

- **Dépister les situations à risque**
- **Comprendre et faire comprendre
(donner du sens)**
- **Anticiper et conseiller**





Les troubles du comportement qui posent le plus problème à domicile

- L'opposition et l'agressivité
- La répétition et les comportements répétitifs.
- La désorientation temporospatiale
- Les idées délirantes parfois les hallucinations



Situation de Mme M, 79 ans.

Mode de vie :

Ancienne infirmière cadre de santé. Divorcée, elle vit seule à domicile sans aide. Elle a une fille. Incurie personnelle et du logement. La patiente refuse toute aide, même celle de sa fille.

La plainte cognitive :

- Trouble de la mémoire immédiate
- Anosognosie
- Manque du mot
- La fille pense qu'elle a des hallucinations
- Désorientation dans le temps
- Somnolence diurne
- Modification du caractère
- Syndrome anxio-dépressif traité par antidépresseur et anxiolytique (benzodiazépine) au long cours
- Ralentissement psychomoteur



Le retentissement sur son comportement

- **L'opposition et l'agressivité envers sa fille**
- **La répétition : répète et fait répéter.**
- **Les idées délirantes – reconstruction de souvenirs**
- **Hallucinations ?**



L'agressivité et l'opposition

- « **Ma mère ne veut pas comprendre** »
- « **Elle n'a plus de filtre et me dit ce qu'elle pense tel quel. Elle est agressive avec moi** »
- La source : le mode communication
- La conséquence : le conflit, la rupture de confiance
- La solution : la communication positive et les stratégies d'évitement et les dérivatifs.



Le discours ou le comportement répétitif

- « **Au début je pensais qu'elle ne m'écoutait pas** »
- La source : la mémoire épisodique
- La conséquence : le conflit et l'épuisement
- La solution : comprendre le mécanisme pour donner du sens et accompagner



La désorientation

- « Elle est persuadée qu'elle a pris de café avec la voisine qui est décédée depuis 3 ans. »
- La source : la maladie
- La conséquence : le conflit, l'anxiété
- La solution : trouver un compromis entre sa réalité et la nôtre et repérer les demandes implicites



Les hallucinations ?

- « Elle raconte n'importe quoi. Elle dit que des gens sont venus chez elle pour lui prendre ses affaires. »
- Attention : Hallucination vs désorientation /reconstruction de souvenirs vs les idées délirantes
- La source : plusieurs pistes à explorer
- La conséquence : l'anxiété
- La solution : rassurer et traiter



Les messages à retenir :

- **La pédagogie : donner du sens !**
- **La collecte des oui !**
- **Les stratégies d'évitement**
- **Être plus dans les actes que le discours**
- **Rechercher les demandes sous jacente et rassurer**
- **Vigilance sur les hallucinations**



La prise en charge des troubles du comportement

Quand l'aidant s'épuise

Sophie LAGOUARDE

Psychologue

Centre Mémoire

Pôle gérontologie clinique

CHU de Bordeaux



Situation clinique

Francis, 89 ans

- **Trouble neurocognitif majeur (TNCM)** de type mixte (vasculaire et hippocampique)
- **Diabète insulino-dépendant** diagnostiqué à l'âge de 50 ans
- **Vit à domicile avec son épouse, Thérèse, 88 ans**, appartement au troisième étage sans ascenseur
- Titulaire d'une licence de droit, juriste dans une compagnie d'assurance
- Deux enfants, cinq petits-enfants et deux arrières petits-enfants. Fils à proximité et fille en région parisienne



Histoire de la maladie

- Perte d'autonomie depuis 2 ans et **décompensation sur un mode anxiodépressif avec un déclin cognitif très rapide** : MMSE=18/30 soit une perte de 10 points sur les 2 dernières années.
- **Réserve cognitive**: apparition des premiers symptômes retardée mais un déclin brutal et rapide à l'entrée dans la maladie.



Thérèse : 1^{ère} rencontre

« Je suis moralement fatiguée. J'ai peur de m'effondrer »

- « *Devant une montagne de choses à faire et à organiser* »... avec le sentiment de ne pas y arriver
- Dans le renoncement, ne trouve plus le temps.
- Irritable, pleure souvent, souffre de troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement et des réveils précoces
- Perte de l'élan vital et tristesse de l'humeur.



Le syndrome de l'aidant

- « **Etat d'épuisement moral et physique intense**, lourd de conséquences aussi bien pour la personne qui en souffre que pour le proche en perte d'autonomie » (Vial, 2018)
- **Epuisement psychique**: perte d'estime de soi avec sentiment d'échec et d'impuissance. Même si l'accomplissement de tâches se maintient, la personne épuisée n'en retire aucune satisfaction. La souffrance et l'épuisement n'en sont que renforcés.
- L'épuisement psychique est à rattacher à un **stress intense de longue durée**.



Comment accompagner?

- **Ressources internes:** soulager les symptômes anxiodépressifs, les troubles du sommeil, travailler sur l'estime de soi (psychothérapie de soutien, hypnothérapie), retrouver des ressources enfouies (créativité, humour, élan vital).
- **Ressources externes:** Travailler sur les résistances, accompagner et suggérer le recours à des aides au plus près des besoins, pouvant être acceptées sans culpabilité. Ne pas chercher à convaincre. Informer, aider à mieux connaître la maladie et son cortège de symptômes. Travailler sur les situations difficiles à gérer (approche «psycho-éducative»).



Les fluctuations déroutantes

Comment réagir?

- Parfois, Francis ne dit pas un mot ou énonce des mots sans suite logique.
- Parfois, il peut prendre conscience de ses troubles cognitifs et il exprime alors sa souffrance : « *Je suis complètement perdu... Qu'est-ce que je peux faire ?* ».

=> Adopter une **attitude rassurante sans nier les ressentis** en termes de perte de faculté cognitive ou en termes d'émotions et d'affects : « *ta mémoire fonctionne moins bien et je comprends que tu te sentes perdu mais je suis là, près de toi* ».



L'anxiété

*« Il m'étouffe. Il supporte de moins en moins
d'être séparé de moi »*

*« Je suis ficelée. Il ne supporte pas que je disparaisse de
son champ de vision. C'est très fatigant »*

Francis a besoin d'une présence permanente.

=> Travail nécessaire sur les **solutions de répit** et sur la **séparation** : d'autres personnes peuvent prendre le relais.



Le syndrome crépusculaire

« Il faut contrôler toutes les fermetures, ça frôle la démence! »

Thérèse décrit une **agitation anxieuse** en fin de journée :

- Francis vérifie plusieurs fois la fermeture des portes.
- Il barricade la porte d'entrée en calant une chaise contre le montant.
- Il regarde s'il y a de la lumière chez les voisins, à la recherche d'une présence rassurante dans l'immeuble.

=> Laisser faire si pas trop envahissant et rassurer.



Les comportements d'opposition

Par moment, Francis **refuse tout** : il ne veut plus voir l'orthophoniste, aller chez le kiné, se mettre à table...

=> Ne pas insister, ne pas entrer dans un échange conflictuel mais plutôt « passer à autre chose » (faire diversion) et re-proposer l'instant d'après. Si le refus initial n'est pas associé à une émotion négative, Francis est susceptible d'oublier qu'il a refusé (ou les raisons de ce refus) et d'accepter à la proposition suivante.



Ne plus reconnaître ses proches

« Par moment, il ne me reconnaît pas : "Sommes-nous mariés" ? Ou bien il me demande si je suis sa mère : ça m'a glacée jusqu'aux os ! Je lui ai répondu que je n'étais pas sa mère et il m'a dit: "Alors tu es mon épouse". Je trouve cela un peu drôle et déroutant ».

⇒ Expliquer la notion de plongeon rétrograde (autre réalité, autre « espace-temps »).
Rassurer sur la permanence du lien affectif même si le lien formel n'est plus identifié.



Les convictions délirantes

« *Ils ne sont pas partis? Ils sont toujours là?* »

- Après un déjeuner familial, Thérèse décrit une « *soirée effrayante* ». Francis est persuadé qu'il y a du monde dans l'appartement. Puis il fait allusion à une nièce qui s'est glissée sous la porte.

=> Il n'a probablement pas fait la transition entre ce repas de famille et la soirée en tête à tête avec son épouse. Là encore, il s'agit de le rassurer (« *Rassure-toi, ils sont partis* ») et de ne pas chercher à le convaincre ou à le raisonner.



Les convictions délirantes

« *On peut se faire enlever facilement!* »

- Au retour de la cinquième séance en accueil de jour, Francis est très perturbé et dit avoir été victime d'un enlèvement : on l'a capturé, on lui a pris toutes ses affaires. Depuis, il guette derrière la fenêtre : il surveille les voitures parce qu'« *on peut se faire enlever facilement* ».
 - Thérèse est inquiète et pense que Francis va refuser de retourner à l'accueil de jour.
- ⇒ Rechercher la cause de cette conviction délirante : reprendre le déroulé du dernier départ, identifier les éléments perturbants.



Danser sous la pluie

« *La vie, ce n'est pas d'attendre que l'orage passe, c'est d'apprendre à danser sous la pluie* ». Sénèque

- Thérèse gère de mieux en mieux les angoisses de Francis: « *Je suis là, je descends avec toi et je vois avec qui tu pars, je surveille* ».
- Francis a longtemps persisté dans ce besoin de barricader la porte d'entrée : « *C'est pas grave, ça ne me pèse plus* ».
- Thérèse s'autorise à sortir seule, à retrouver ses amis. Elle ne culpabilise plus de ne pas partager ces moments avec son mari. Elle reprend plaisir à faire et à être : une remise en mouvement salutaire.



Pour conclure

« Les tuteurs de résilience sont « des personnes aidants familiaux ou professionnels qui manifestent une capacité d'empathie cognitive et affective, qui laissent l'autre dans sa liberté de parler ou de se taire, qui tentent de surmonter les échecs avec humour pour ne pas tomber dans le découragement, qui apprennent à communiquer autrement en facilitant l'estime de soi du parent malade (exemple : en ne cherchant pas à ramener le patient à la réalité ou à essayer de le convaincre qu'il se trompe, ce qui a pour effet essentiel de réduire le risque de sentiment de persécution) ».

Cyrulnik, 2003