



Les comportements....

du normal....à
l'incompréhensible

Docteur Jean Christophe MOUTERDE

« Il y a un trouble du comportement. La
personne a un comportement...
Mais qui a le trouble? »

C'est souvent l'entourage qui est « troublé ». Avec
parfois des réactions réflexes: faire cesser le
« comportement ».

A tout prix!

(« Docteur, donnez lui des gouttes, comme pour Mme
X!! »)

Vieillir...quelques pistes



Vieillesse: synonyme de « perte »

- Abandonner l'idéal de « toute puissance »
- Le sujet doit faire son deuil d'une certaine image de lui.. « **Les dents tombent et la souris ne passe plus!** »
- L'image de soi que l'autre va nous renvoyer aggrave cette prise de conscience des pertes subies
(effet « Pigmalion »: L'impact sur autrui du regard posé sur lui, positif ou négatif..)

- Le sujet âgé vieillissant a peur de **montrer ses failles**, est long à accepter de l'aide, se sent en danger...
- S'il laisse apercevoir son état, il court le « danger » d'une mise en institution!
- Une « mise en demeure » pour une « mise en dernière demeure »?

Pendant toute la jeunesse, nous pouvons « refaire notre vie » « repartir de zéro ».. Avec l'âge, le masque tombe, **on ne peut annuler le passé, masquer les cicatrices..**

Parfois reviennent de vieux évènements, auxquels la personne âgée aimerait apporter une réponse, une explication, une réconciliation.. Se mettre « en paix »!

« Dans un souci perpétuel de laisser une maison propre, les personnes âgées ne cessent de mettre de l'ordre dans leurs émotions »

Pour les enfants:

- Les parents vieillissants renvoient directement à leur propre devenir, dans quelques dizaines d'années... **Comment aimerions nous vieillir?**
- Après nos parents, c'est notre tour...
- D'anciens « dossiers » se rouvrent car son parent entre dans la dernière période de sa vie. **Nous dira-t-elle qu'elle nous aime? Des colères remontent à la surface...**

Pour les enfants

- Certains parents projettent toute la charge négative, dépréciative, dépressive qu'ils portent en eux..
- Ils demandent toujours plus, toujours critiques, dans la culpabilité..
- Les parents ont parfois projeté sur leurs enfants toutes leurs aspirations insatisfaites ou refoulées. Ces souhaits ont de moins en moins de chance de se réaliser: **réactions agressives!**

Le vieillissement: des symptômes

- **L'angoisse** (processus de perte, menace de la démence, mise en institution, rapport avec la famille, mesure de tutelle..)
- **Les deuils successifs**: réaction dépressive
- Une « solution »: **le délire?**
- Mais peut être est-il plus autoritaire car **il sent sa liberté lui échapper? Il peut avoir mal compris, mal entendu? Il peut avoir oublié ?**

Les vieillissement: des symptômes

- **Une autre situation: l'agressivité, les cris: perte du sens des « convenances »:**
 - il est logique qu'il perde le fil de la réalité car **cette réalité ne lui sert plus à rien et que lui-même n'a plus de place dans cette réalité..**
- **Alors cèdent les barrières qui étaient imposées par la vie en société.**

Le vieillissement: les symptômes

- **Les troubles de la mémoire:** aggravés par l'anxiété et un entourage maladroit.
- **Le « risque » (?):** les souvenirs lointains, ceux d'un paradis perdu, affluent à la conscience avec une acuité qui surprend l'entourage.
- Toute la question est de savoir s'il faut lutter contre un tel mécanisme... ce qui revient à se demander qui est « troublé »?

Des troubles du comportement?

- Le vieillissement devrait plutôt faire **entrevoir la diversité que la monotonie....**
- Au début de la vie, certaines façons de grandir se ressemblent un peu. A la fin, il y a pour chacun une **histoire tellement singulière** que l'on devrait accepter que chaque sujet vieillissant soit rigoureusement **unique.....**
- Si chacun est unique, il n'y a plus de normalité particulière et il peut devenir **complexe de décrire comme anormale une attitude donnée.**

Des troubles du comportement?

- Les comportements, aussi atypiques ou étranges soient ils, sont des formes de communication.
- La patient « dément » fait comme il peut pour communiquer, et parfois il utilise des moyens apparemment curieux pour ce qu'il a à dire car il ne sait plus utiliser les moyens habituels...

Des troubles du comportement: la fugue?

- Et si c'était une évasion après « mise en demeure »?
- Et si la fugue n'était pas un trouble du comportement de la personne âgée, mais une inadaptation des conditions d'accueil en EHPAD?
- Fuguer: refuser « le placement », « l'internement », retrouver le passé, les époques heureuses, sa maison, son village...
 - Est-ce, finalement, un « trouble »?

L'angoisse

- C'est contagieux
- Les angoisses du médecin, de l'aidant, du patient se mélangent et s'amplifient, de sorte qu'il n'existe qu'une solution « commune »!
- Interaction ++ entre soignants et malade.

Des troubles du comportement?

- **Un comportement est un acte de communication** : il appelle implicitement une réponse. Cette réponse est plus ou moins adaptée et elle peut conduire à une insatisfaction de la personne ou de l'aidant.
- **L'insatisfaction des acteurs, de ne pas comprendre ou de ne pas être compris, participe à la majoration des troubles.**

● Les symptômes présentés par les patients, et les réactions qui en découlent correspondent à une remise en scène de perturbations déjà éprouvées ailleurs.

« L'histoire personnelle est faite de crises organisatrices, désorganisatrices et réorganisatrices... Une tâche non accomplie peut être reprise, rejouée, d'un âge à l'autre de la vie »

Cette expression du « passé » n'est pas facile à gérer: nous avons l'impression que les personnes les vivent dans l'ici et le maintenant, et y enferment l'interlocuteur quelqu'il soit.

Démence: un monde parallèle...

Lorsque la personne est contrainte de signifier par des actes et des gestes ce que nous exprimons par la parole, elle peut facilement paraître agressive...

- Boire, est-ce si simple?
- Quand les frontières se brouillent? (1/2 sommeil, rêve, cauchemar... le réveil d'une sieste!)
- L'inconnu du miroir?
- A quoi ça sert?

La prise de sang...

- On me pique avec une aiguille...(c'est un soignant, l'aiguille nous fait mal, mais la pique est nécessaire à la prise de sang, je souhaite faire la prise de sang, car je suis malade....)
- Compréhension: nous laisser faire, ne pas réagir à la douleur, ne pas faire une analyse purement émotionnelle (« cette personne me fait mal, elle m'agresse! On m'agresse, donc je me défends »)
- Dans la démence, traitement de l'information de moins en moins précis

- Le traitement « émotionnel » ne dépend pas que de la douleur, mais est fonction de l'atmosphère affective, de la qualité de la relation...
- Si la personne malade ne peut comprendre « cognitivement » que le soignant est un soignant, elle peut ressentir, grâce à ses paroles, ses gestes, ses regards, qu'il est une personne bienveillante (ou malveillante!)

Des troubles mnésiques?

Une dame se demande pourquoi son mari ne vient plus la voir. Elle le cherche tous les jours, quitte l'établissement pour le retrouver.

Elle se sent abandonnée.

Les soignants savent que son mari est mort, mais ne lui ont pas dit...car tout le monde pense qu'elle ne retiendra pas l'information....

Des troubles mnésiques?

Lorsque l'information est donnée, l'angoisse diminue, elle cesse de rechercher son mari, de demander où il est, pourquoi il ne vient pas.

L'information est intégrée sur un mode non cognitif.. La personne a donc changé: elle ne *sait* peut être pas qu'elle est veuve, mais elle *ne vit plus* comme une femme délaissée par son mari.

L'empreinte émotionnelle

Pourquoi cette personne qui ne se souvient plus d'avoir des petits enfants sourit lorsque sa petite fille vient la voir ?

« Mémoire émotionnelle » riche de nos affects, de nos sentiments, de nos émotions, des empreintes qu'y ont laissé des lieux, des personnes, des pensées.

Dans la démence, plus de reconnaissance

« cognitive », mais persistance d'une reconnaissance « émotionnelle » : intérêt++ dans la prise en charge

Le Miroir.....

« Qu'elle est cette personne que je vois dans le miroir??

Pas moi, je ne suis pas malade, ni vieille

Je ne voudrais jamais ressembler à cela!

Elle ressemble à ma mère »

Si la personne démente est agressée, 2 types de réactions:

- Soumission: mélancolie, désespoir, immobilisme...
 - perturbent moins l'entourage!

- Lutte: agressivité, agitation

« Prendre soin: libérer le malade de la colère et de la résignation »



Quelles étiologies aux modifications du comportement

Etiologies

Facteurs
Psychologiques et
environnementaux



Action sociale
Psychothérapie
Aménagement environnement
Éducation famille

Lésions cérébrales



Psychotropes

Troubles
du
comportement

Causes somatiques
et iatrogènes



Traitement étiologique

Chercher à comprendre

- Rechercher une pathologie médicale aigue
- Rechercher une pathologie iatrogène
- Le patient ne peut communiquer ses malaises physiques, ou son mal-être

Chercher à comprendre

- Un entourage trop exigeant pour les capacités résiduelles du patient
- Un environnement pas assez stimulant et/ou motivant pour le patient.
- Une communication non-verbale inadaptée.
- Des symptômes spécifiques à la démence (déambulations, persévérances) vécues par l'entourage comme une mauvaise volonté ou de la malveillance.

Eliminer un syndrome confusionnel

- Etat confusionnel: faillite temporaire, défaillance aiguë du cerveau liée à une cause somatique ou psychologique
- Syndrome démentiel: altération progressive et irréversible des fonctions cognitives

Diagnostic différentiel

	Démence	Confusion
Début	Progressif	Brutal
Vigilance	Conservée	Diminuée
Hallucinations	+	++++
Réversibilité	-	+

Confusion (« délirium »)

- Troubles de la vigilance (obnubilation). Incapacité à fixer l'attention.
- Perplexité (verbale et physique). Effort du patient pour comprendre ce qui se passe. Angoisse ++
- Inversion rythme veille/ sommeil (réveils, agitation, cris)
- Fluctuation des signes (périodes de lucidité... avec divergences d'opinion dans l'équipe soignante)

Confusion: autres signes

- Fragmentation de la pensée (perte de la cohérence)
- Troubles mnésiques
- Anomalies sensorielles (hallucinations)
- Troubles affectifs
- Troubles du comportement (agitation, déambulation)
- Signes neuro végétatifs

Confusion

- Traitement urgent
- Pronostic grave

Les étiologies

- Le stress (choc émotionnel, entrée en institution, hospitalisation, chirurgie)
- Pathologie iatrogène (sevrage BZD, AINS, psychotropes, corticoïdes, anti parkinsoniens, atropine, scopolamine, morphiniques)
- Troubles métaboliques (hypoxie, hyperglycémie, hyponatrémie/kaliémie, déshydratation)
- Infections (pulmonaires/urinaires/cutanées)
- Causes cardiaques (IC, infarctus/embolie)
- Causes neurologiques dont épilepsie++, AVC, HSD
- Troubles psychiatriques

Prise en charge

- Hospitalisation
- Recherche étiologique
- « Réflexe pharmacovigilance »
- Approche non médicamenteuse: tolérance, réassurance, attitude apaisante, sécurisante
- Contention interdite car aggrave++ l'agitation
- Psychotropes: ponctuellement, doses faibles réévaluées quotidiennement. BZD $\frac{1}{2}$ vie courte, NL atypique (Risperdal*), Tiapride ?

Troubles du comportement lors de la démence

- Soit endogènes (production délirante ou hallucinatoire, par exemple)
- Soit exogènes: réactionnels à ce que le malade perçoit de sa situation, de son environnement

Conduite à tenir

● Analyse sémiologique

- Antécédents
- Mode de survenue
- Thérapeutique en cours (nouveau médicament?)
- Interactions médicamenteuses
- Examen clinique complet (maladie intercurrente?)

Conduite à tenir

- Evaluation « gériatrique »
 - Terrain
 - Histoire de vie, personnalité antérieure, place dans la famille, entrée en institution: contexte?
 - Vécu actuel
 - Contexte environnemental (chambre, visite des proches, luminosité, bruits..)
 - Aidants
 - Aspect du trouble (horaire, fréquence, durée)

Origine somatique: La douleur ++

- Escarres
- Déformations articulaires/ rétractions
- Neuropathie
- Arthrose
- Rétention d'urines

Trouble du comportement: unique moyen de communiquer!

Toutes les raisons d'inconfort

- Globe vésical
- Dyspnée
- Dysurie
- Fécalome
- Soins par personnel stressé, pressé, non motivé, agressif, n'aimant pas les personnes âgées... encore moins les « déments »!

Origine psychique

- Etat confusionnel?
- Syndrome dépressif ++ (présentation atypique... test thérapeutique?)
- Bouffées d'angoisse+++
- ATCD psychotique: hallucinations, délires

Deficits sensoriels

- Troubles visuels

- Cataracte
- DMLA

- Hypoacousie

Favorisent les manifestations délirantes
interprétatives

Iatrogénie?

- Sevrage benzo
- Anti parkinsoniens
- Corticoïdes
- Psychotropes
- Antalgiques
- Anti cholinergiques

Entourage Environnement

- Hospitalisation en situation de crise
- Entrée en institution mal préparée
- Maltraitance, à domicile ou en institution
- Difficultés des aidants

En conclusion

- Ecouter, comprendre
- Décrypter
- Contexte environnemental

Les comportements, aussi atypiques ou étranges soient ils, sont des formes de communication

Le patient « dément » fait comme il peut pour communiquer, et parfois il utilise des moyens apparemment curieux pour ce qu'il a à dire car il ne sait plus utiliser les moyens habituels...

A lire

- Humanitude: « Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux »

Y Gineste J.Pélissier Bibliophane