

Gérer les troubles cognitifs au quotidien

Dr Dropsy Ingrid

Psychogériatrie

Gerpennes, le 31/01/2024

Programme



- Introduction
- Généralités
- La maladie d'Alzheimer
- Les symptômes psycho-comportementaux
- Types de symptômes psycho-comportementaux
- Accompagnement
- Lieux de suivi
- Accompagnement et information des aidants proches
- Conclusions

Introduction

- Démences = maladies complexes
- Pas mal de points communs mais beaucoup de spécificités individuelles
- Accompagnement sur le long terme, pluridisciplinaire
- Collaboration nécessaire avec la famille

Généralités

- Définition générale:
 - Maladie organique du cerveau $\neq$ folie
 - Alliant altération de la mémoire et perturbations exécutives, visuo-spatiales et praxiques → altération du fonctionnement social
 - Diagnostic → diagnostic d'un syndrome
 - Étiologie → diagnostic de probabilité (seul diagnostic de certitude → anatomopathologie du cerveau ou dépistage génétique)

Généralités

- Principales causes de démence:
 - Dégénératives:
 - Maladie d'Alzheimer
 - Démences lobaires fronto-temporales:
 - Démence fronto-temporale
 - Aphasie progressive primaire (liée à une MA ou à une DLFT)
 - Démence sémantique
 - Démence à corps de Léwy
 - Démence alcoolique et maladie de Korsakoff
 - Vasculaires

Généralités

- Les autres démences:
 - La maladie de Pick: atteinte frontale mais lésions différentes (corps de Pick), évolution très rapide
 - La maladie de Creutzfeld Jakob: maladie à prions (protéines ayant des propriétés infectieuses) → évolution très rapide, association à des symptômes neurologiques (myoclonies, syndrome pyramidal et cérébelleux)
 - La chorée de Huntington: maladie héréditaire à transmission autosomique dominante → syndrome démentiel associé à des mouvements choréiques.
 - Les démences associées au Sida
 - Neurosyphilis
 - Etc.

La maladie d'Alzheimer

- Clinique:
 - Stade **léger**:
 - Perte de mémoire
 - Difficultés à apprendre de nouvelles informations ou à **suivre une conversation**
 - Difficultés de **concentration** ou **durée d'attention limitée**
 - Problèmes d'orientation, **tendance à s'égarer**, **difficultés à suivre les indications**
 - Difficultés de **communication**
 - Difficultés à faire face à des problèmes au travail
 - **Changements d'humeur**, dépression
 - Passivité, repli sur soi
 - Légers problèmes de coordination
 - Capacité diminuée à s'acquitter de tâches complexes

→ pas spécifiques de la MA

La maladie d'Alzheimer

- Clinique:
 - Stades **modéré et sévère**:
 - Capacités cognitives:
 - Aggravation des problèmes de mémoire
 - Déclin de la capacité de concentration
 - Difficultés à organiser ses pensées ou à en suivre la logique
 - Désorientation spatio-temporelle
 - Difficultés à comprendre les mots et à s'exprimer à l'oral et à l'écrit
 - Difficultés à faire des choix

La maladie d'Alzheimer

- Clinique:
 - Stades **modéré et sévère**:
 - Humeur et émotions:
 - Changement d'humeur: anxiété, méfiance, tristesse, dépression, frustration, colère, hostilité, apathie, agitation
 - Sentiment envahissant de perte et d'insécurité
 - Comportements:
 - Appréhension, repli sur soi-même ou passivité
 - Agitation (déambulation, errance)
 - Questions ou gestes répétitifs
 - Idées délirantes
 - Hallucinations
 - Désinhibition

La maladie d'Alzheimer

- Clinique:
 - Stades **modéré et sévère**:
 - Capacités physiques:
 - Aide nécessaire pour les activités du quotidien
 - Modification du cycle de sommeil
 - Changements d'appétit
 - Problèmes spatiaux pouvant affecter les mouvements et la coordination

Les symptômes psycho-comportementaux

- Définitions:

- Selon Onen S.H. (2002): 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
- Ces difficultés ne sont pas de la responsabilité de la personne malade mais sont **consécutives à la problématique démentielle**
- Ils gênent souvent davantage l'entourage que le malade lui-même

 définitions **relatives**

Les symptômes psycho-comportementaux

- Définitions:
 - 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.**
→ il n'existe pas de démence sans symptômes psycho-comportementaux.

Les symptômes psycho-comportementaux

- Peuvent être précoces
- Pénibilité augmente souvent en parallèle de l'aggravation de la maladie
- Il est souvent plus facile de pointer un élément déclencheur en début de maladie que lorsqu'elle est plus avancée
- Symptômes « négatifs » versus symptômes « positifs » (Pradines, 2008)
- Intensité, fréquence fluctuantes
- Souvent associés

Types de symptômes psychocomportementaux

- SPC « négatifs »:
 - Les plus fréquents
 - Clinique:
 - Anosognosie: incapacité **neurologique** à se rendre compte que l'on est malade. Elle peut être présente dès le début de la maladie, de manière plus ou moins importante, et peut amener à un refus d'aide.

Ex. : être persuadé que l'on peut encore cuisiner, faire sa toilette, faire le ménage alors que ce n'est plus le cas et donc refuser les aides concernant ces domaines.

Ce n'est ni de la mauvaise volonté ni du déni.

Types de symptômes psycho-comportementaux

- SPC « négatifs »:
 - Les plus fréquents
 - Clinique:
 - Apathie: trouble du comportement **le plus fréquent**, souvent corrélé à la gravité de la démence
trouble de la motivation et de l'initiative
motrice, cognitive, affective
souvent confondue avec la dépression
secondaire à un traitement neuroleptique?
 - Conduites opposantes: refus de s'alimenter
ou de prendre son traitement



Types de symptômes psycho-comportementaux

- SPC « négatifs »:
 - Clinique:
 - Indifférence à soi-même et aux autres
 - Tristesse
 - Troubles du sommeil:
 - Troubles voire inversion du rythme veille/sommeil
 - Hypersomnolence diurne
 - Insomnie calme
 - Troubles du comportement alimentaire:
 - Anorexie ---) amaigrissement
 - Troubles de la satiété
 - Perte du goût et/ou de l'odorat
 - Comportement boulimique plus rare
 - Grignotage « sucré »
 - Refus de s'alimenter

➡ **Passent inaperçus ou sont bien tolérés (pas dérangeants)**

Types de symptômes psycho-comportementaux

- SPC « positifs »:
 - Perturbateurs ou dérangeants
 - Clinique:
 - Agitation: activité inappropriée, verbale, vocale ou motrice (association fréquente avec l'agressivité)
 - Anxiété: présente dans 50% des cas, un des signes les plus précoces, peut être présente à tous les stades de la maladie
 - Agressivité (ou plutôt « violence » verbale et/ou physique car il n'y a pratiquement jamais d'intention de nuire réfléchie et volontaire), surtout au moment des « contacts » avec le patient (toilette, changes, repas, médicaments). En début de maladie, cela peut se traduire par une certaine « hostilité », potentiellement liée à un état dépressif ou anxieux

Types de symptômes psycho-comportementaux

- SPC « positifs »:
 - Clinique:
 - Comportements moteurs aberrants (activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié: **déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement**, questions incessantes,...)
 - Compulsions (comptage, vérification, déshabillage-réhabillage)
 - Impatiences
 - Errance
 - **Hyperémotivité** (pleurs faciles si triste et/ou sensible à un comportement, même prévenant)
 - **Désinhibition** (comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales)

Types de symptômes psycho-comportementaux

- SPC « positifs »:
 - Clinique:
 - Hallucinations:
 - Apparition plus tardive (sauf dans certaines démences)
 - Fluctuantes et parfois fugaces
 - Surtout visuelles
 - Idées délirantes:
 - Apparition souvent tardive
 - Convictions fausses et inébranlables mais fluctuantes
 - Thématiques fréquentes: préjudice, persécution, jalousie, abandon, infidélité
 - Parfois sous-tendues par des troubles visuels entraînant des fausses reconnaissances

Accompagnement

- Généralités:
 - Début de l'accompagnement: faire et annoncer le diagnostic → au patient en 1^{er} lieu, à son rythme, puis aux personnes désignées par lui
 - Accompagnement du patient et des aidants naturels
 - Accompagnement au long cours et pas uniquement traitement médicamenteux ---) importance de l'accompagnement et du travail en équipe, avec le réseau professionnel et familial
 - Protection des biens et de la personne
 - Directives anticipées
- Médicamenteux:
 - Spécifique des démences
 - Traitement médicamenteux pour les SPC

Accompagnement

- Non médicamenteux:
 - Aménagement de l'environnement → confort physique et psychique
 - Suivi psychologique/psychiatrique:
 - Soutien
 - Dépistage des troubles associés
 - Soutien des aidants
 - Traitement logopédique:
 - Communication
 - Problèmes de déglutition

Accompagnement

- Non médicamenteux:
 - Interventions sur la cognition: stimulation cognitive (mise en situation, simulation d'expériences vécues)
➡ objectif = ralentir la perte d'autonomie
 - Exercice physique ---) effet positif sur la santé physique, prévention du risque de chutes, effet positif sur les capacités cognitives, fonctionnelles et sur le comportement
 - **Maintien des activités relationnelles et sociales**
 - Interventions par rapport au comportement: analyser les facteurs qui peuvent générer, aggraver ou améliorer les comportements.

Accompagnement

- Non médicamenteux:
 - Parler doucement, distinctement, d'une seule chose à la fois (répétition souvent nécessaire)
 - Communication adaptée aux capacités cognitives: éviter les façons de s'expliquer incompréhensibles pour la personne et tenir compte des troubles sensoriels (surdité, malvoyance) et du niveau de mémoire encore efficace
 - Se positionner dans un champ étroit: face à la personne
 - Importance du toucher (quand on parle, quand on fait un soin,...)
 - Adapter le lieu de vie en fonctions des besoins
 - Prévenir le voisinage du risque d'errance éventuelle
 - Essayer de divertir la personne au cours d'une activité, d'un soin provoquant une opposition
 - Massages dans la prévention de l'angoisse

Accompagnement

Annexe 6. Fiches de savoir-être et de savoir-faire pour éviter les troubles du comportement dans les moments forts de la journée (CHU de Nice – FFAMCO) (initiative de la Direction générale de la santé)

REVEIL/PETIT DEJEUNER

- Se présenter.
- Souhaiter une bonne journée.
- Respecter le rythme du patient autant que possible.
- Éviter d'être brutal et de parler fort.
- Ne pas générer une ambiance « d'urgence ».

TOILETTE

- Prévenir le patient que le moment de la toilette va arriver.
- Choisir le type de toilette adapté au résident.
- Lui demander son accord.
- Privilégier l'autonomie du patient.
- Éviter d'être intrusif.
- Assurer l'intimité de la personne (porte fermée...).
- Essayer de décaler les soins autant que possible en cas de refus.
- Être doux dans ses gestes et sa voix.
- Expliquer au résident ce qui va être fait au fur et à mesure.
- Négocier les soins.
- Discuter avec le résident pendant la toilette.

REPAS

- Respecter le choix du patient de manger en groupe, seul ou dans sa chambre (quand cela est possible).
- Vérifier la température de la nourriture.
- Privilégier l'autonomie ou l'entraide entre les résidents en proposant un accompagnement en cas de besoin.
- Créer une ambiance calme.
- Éviter la brutalité dans les gestes.
- Donner des responsabilités au résident selon ses capacités (valorisation).
- Respecter le rythme du résident dans sa prise du repas.
- Connaître les goûts et dégoûts.
- S'asseoir à la même hauteur que le résident pour le faire manger.
- Nommer les plats.

- Ne présenter qu'un plat à la fois.
- Enchaîner les plats.
- Adapter la texture des aliments aux capacités du résident.
- Adapter les ustensiles et couverts aux capacités des résidents.

VISITE

- Proposer un lieu calme pour les visites.
- Privilégier la communication entre soignants et familles.
- Donner des conseils aux visiteurs.
- Informer les visiteurs de l'importance de leur venue et des possibles conséquences.
- Annoncer la venue de quelqu'un au résident (si possible).
- Prendre le relais auprès du patient pendant quelques minutes après le départ du visiteur.

Éviter les visites pendant les repas ou les moments intimes du résident.

COUCHER

- Générer une ambiance calme et rassurante avant le coucher.
- Favoriser les discussions pendant la mise au lit.
- Respecter l'heure d'endormissement de la personne.
- Adapter la qualité de la protection de manière à réduire le nombre de changes la nuit.
- Respecter l'heure de la prise du traitement.
- Ne pas réveiller systématiquement.

NUIT

- Réduire le niveau sonore (appel sonore, nettoyage...).
- Orienter dans le temps.
- Rassurer, calmer par une voix douce.
- Utiliser le contact, le toucher.
- Veiller au calme des lieux.
- N'utiliser que les veilleuses lors des changes.

Accompagnement

Annexe 7. Fiches « À FAIRE » et « NE PAS FAIRE » en cas de troubles du comportement (CHU de Nice – FFAMCO) (initiative de la Direction générale de la santé)

DANS TOUS LES CAS : vérifier au préalable que l'apparition du trouble du comportement n'est pas la conséquence d'un trouble somatique ou d'une cause environnementale. Relever les circonstances favorisant l'apparition d'un trouble du comportement. Connaître la personnalité antérieure du résident ainsi que son histoire. **L'agitation/agressivité est une situation d'urgence où toute autre affaire doit cesser.**

OPPOSITION - REFUS DE SOIN

À FAIRE

Être doux et adapter son comportement.
Essayer de décaler les soins autant que possible.
Être à l'écoute et prendre le temps de connaître la raison du refus.
Solliciter l'aide du patient, privilégier l'autonomie.
Demander à un autre membre du personnel d'assurer le soin.
Négocier afin d'assurer les soins prioritaires.

À NE PAS FAIRE

Infantiliser.
Faire la morale au résident.
Parler de façon autoritaire.
Réprimander.
Forcer le résident.
Utiliser des moyens de contention.

COMPORTEMENT MOTEUR

ABERRANT

À FAIRE

Vérifier qu'il porte des chaussures convenables pour la marche.
Faciliter la déambulation du résident tout en veillant à assurer la sécurité générale et le bien-être des autres résidents.
Assurer une présence régulière auprès du résident.
Marcher avec le résident et le raccompagner à sa chambre, au salon.

À NE PAS FAIRE

Barrer la route, l'empêcher d'avancer.
Obliger à s'asseoir même pendant les repas.
Laisser des obstacles sur le passage (sol humide...).

Laisser les portes des locaux techniques ouvertes.
Laisser les portes permettant l'accès vers l'extérieur ouvertes.

AGITATION

À FAIRE

Être doux.
Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
Être rassurant, sécurisant.
Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
Faire diversion.
Proposer une activité ou une promenade.
Établir des routines quotidiennes.
Repérer les moments de fatigue et d'agacement.
Limiter le nombre et la durée des visites.
Assurer une présence permanente au moment du crépuscule.
Isoler le patient.

À NE PAS FAIRE

Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang-froid).
Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...).

Solliciter de façon incessante.
Utiliser des moyens de contention.

Accompagnement

AGRESSIVITÉ

À FAIRE

Être doux.
Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
Être rassurant, sécurisant.
Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
Faire diversion.
Proposer une activité ou une promenade.
Proposer une collation ou une boisson.
Enlever les objets dangereux.
Assurer un périmètre de sécurité.
Demander de l'aide si besoin.
Isoler le patient.
Appeler le médecin.

À NE PAS FAIRE

Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang-froid).
Générer une ambiance anxieuse (bruit, lumière...).
Se sentir blessé des propos tenus.
Montrer sa peur.
Infantiliser.
Adopter un ton supérieur ou autoritaire.
Tenter de raisonner le résident.
Faire des remarques humiliantes, mettre en échec.
Punir.
Utiliser des moyens de contention.

DÉLIRES, HALLUCINATIONS

À FAIRE

Indiquer au résident que nous n'entendons/voyons pas ce qu'il entend/voit, mais que nous le croyons.
Avoir des propos rassurants.
Essayer de changer de conversation, d'orienter le résident vers une autre idée.
Si le trouble déclenche la peur, intervenir pour assurer la protection du résident et de l'entourage.
Assurer une présence régulière.
Appeler le médecin.

À NE PAS FAIRE

Paniquer.
Tenter de raisonner le résident.
Éviter l'infantilisation, ridiculiser.
Nier le délire.
Entretenir une conversation sur le délire.
Créer des situations complexes ambiguës.
Utiliser des moyens de contention.

CRIS

À FAIRE

Parler.
Capoter le regard.
Tenir la main.
Créer une ambiance apaisante, de détente.
Proposer une collation ou une boisson.

À NE PAS FAIRE

Crier plus fort que le résident (ne pas essayer de couvrir la voix du résident).
Générer une ambiance anxieuse (bruit, lumière...).
Minimiser la douleur.
Utiliser des moyens de contention.

Accompagnement

- Solutions médicamenteuses:
 - Certains médicaments peuvent être utilisés pour certains problèmes psycho-comportementaux mais avec prudence et sans certitude d'efficacité absolue
- Utilisation de psychotropes
 - Si les techniques de soin appropriées sont d'efficacité insuffisante
 - Si la personne se met en danger
 - Si le problème altère son fonctionnement ou est une menace ou une source importante de souffrance pour son entourage et/ou pour lui-même et/ou pour les soignants

Lieux de suivi

- Consultation de neurologie
- Hôpital de jour/consultation gériatriques:
 - Rythme et bilans personnalisés en fonction des problématiques
- Consultation de psychogériatrie:
 - Via la consultation classique ou incluse dans le suivi à l'HJG en fonction des nécessités individuelles
- Hôpital de jour psychogériatrique:
 - Création après le déménagement en novembre 2024
 - Accueil un ou plusieurs jours par semaine de personnes présentant une problématique psychiatrique et/ou cognitive

Lieux de suivi

- Clinique de la mémoire:
 - Pour qui?
 - Patient présentant une maladie dégénérative à un stade débutant à modéré
 - Présence d'un aidant proche
 - Personne ayant conscience de ses troubles (nosognosique)
 - Vivant à son domicile ou au domicile d'un proche
 - Objectif:
 - Le but est de permettre au bénéficiaire de vivre le plus longtemps possible au domicile ou au domicile d'un proche, hors de tout milieu institutionnel, avec le plus haut degré possible d'autonomie et le meilleur confort de vie pour lui-même et ses proches (cf. convention INAMI).

Lieux de suivi

- Clinique de la mémoire:
 - Déroulement:
 - Suivi individualisé et objectifs propres à chaque personne
 - Envisager l'avenir et prévoir les difficultés
 - Travail avec le ou les aidant(s)
 - Séances:
 - 25 séances sur une période de 4 ans
 - Patient ayant moins de 65 ans: 35 séances
 - Premiers entretiens:
 - Evaluation pluridisciplinaire:
 - Investiguer l'impact des troubles dans la vie quotidienne
 - Repérer les capacités préservées
 - Réfléchir aux types d'aides qui pourront améliorer le fonctionnement au quotidien

Lieux de suivi

- Clinique de la mémoire:
 - Déroulement:
 - Après avoir déterminé les objectifs, diverses méthodes sont utilisées :
 - Structurer son environnement et lui fournir des aides externes dans le but de compenser ses déficits mnésiques.
 - L'aider à utiliser des capacités mnésiques préservées afin d'apprendre ou réapprendre des connaissances spécifiques.
 - ...
 - Exemples de moyens utilisés:

Rendre systématique l'utilisation d'aide-mémoire pour compenser les difficultés de mémorisation

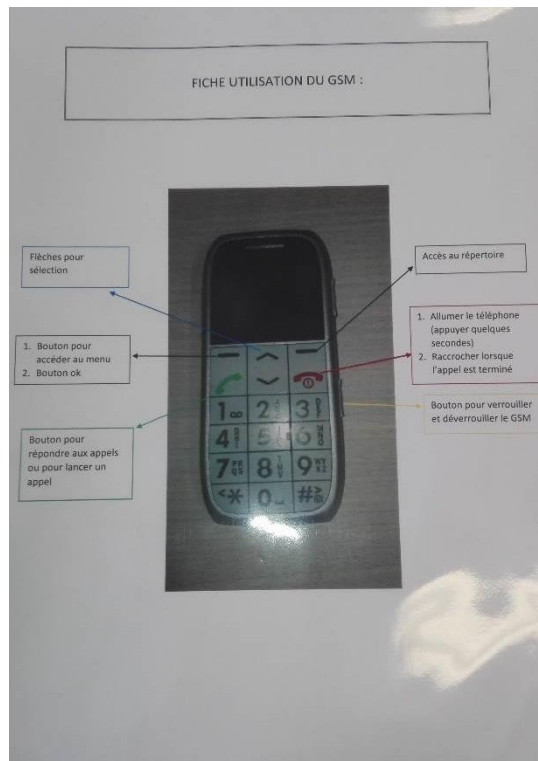
Agenda, calendrier, tableau blanc, carnet mémoire:

Fiche repas: menu de la semaine, fiche de la recette, etc.



Fiche explicative: GSM, machine à laver, télécommande, etc.

Liste de courses:



Accompagnement et information des aidants proches

- Consultation individuelle:
 - Via la clinique de la mémoire
 - Via la consultation de psychogériatrie
- Groupes d'information aux aidants proches:
 - Pour les proches de personnes présentant des troubles cognitifs
 - Groupe fermé
 - 6 séances par session (1*/2 semaines)
 - Différents thèmes abordés:
 - Troubles de la mémoire et du langage (2 séances par le neuropsychologue)
 - Maintien de l'autonomie (1 séance avec l'ergothérapeute)
 - Informations utiles au niveau social (1 séance avec l'assistante sociale)
 - Comprendre les troubles du comportement pour mieux y faire face (2 séances avec la psychogériatre)

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

GRAND HÔPITAL DE CHARLEROI

Service de gériatrie
Site Sainte-Thérèse
Rue Trieu Kaisin 134
6061 Montignies-sur-Sambre

Tél : 071 10 90 55

Secretariat.geriatric@ghdc.be

Équipe pluridisciplinaire

Dr Manfredi VENTURA, Neurologue

Dr Christophe DUMONT, Médecin gériatre

Dr Ingrid DROPSY, Psychogériatre

Françoise JAUMIN, Assistante sociale

Gregory LEBOUT, Neuropsychologue

Aurélie MICELI, Neuropsychologue

Vanessa ROBERT, Ergothérapeute

www.ghdc.be



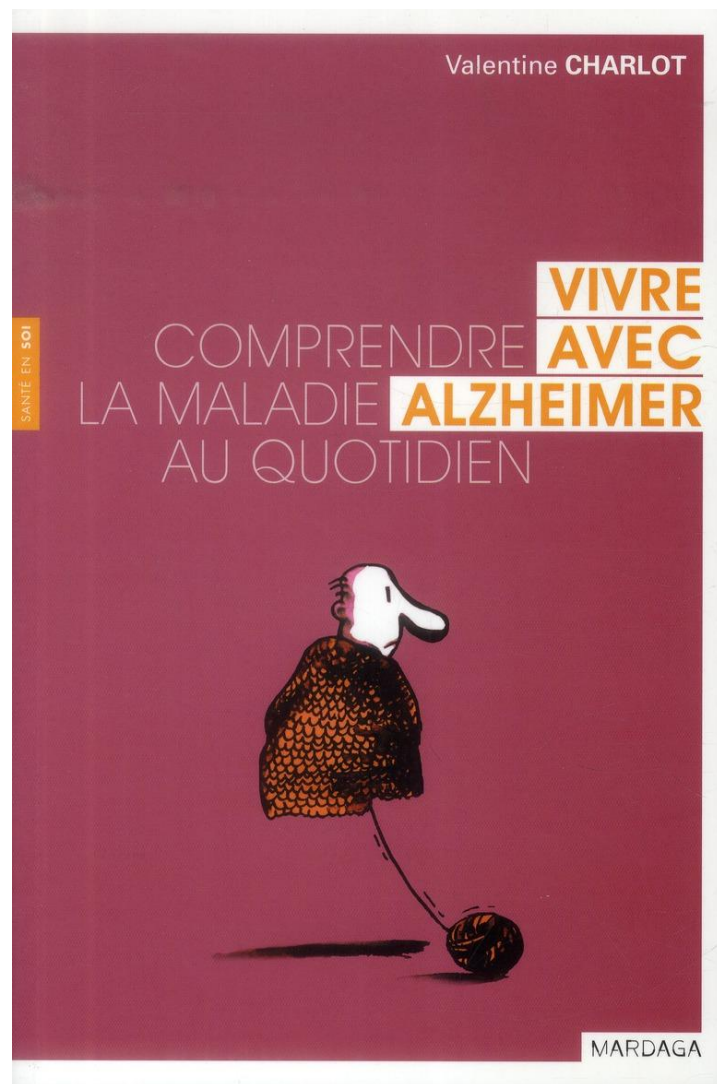
INFORMATION

sur la maladie d'Alzheimer et
maladies apparentées



ATELIERS EN GROUPE





Conclusions

- Maladie $\neq$ personne
- Spécificités individuelles
- Accompagnement par les aidants proches **et** par les professionnels
- Equipe professionnelle pluridisciplinaire
- Observer, comprendre, s'adapter

**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION!**

**NE POSEZ PAS DES QUESTIONS
DIFFICILES S'IL VOUS PLAÎT!**

meme-generator.net



GRAND HÔPITAL de CHARLEROI