

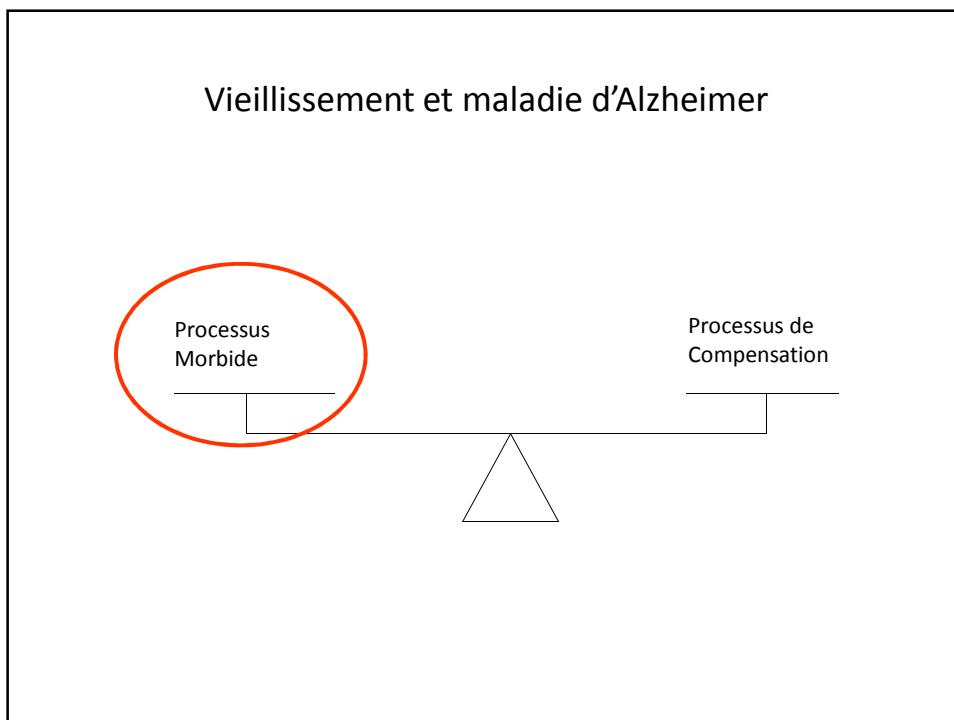
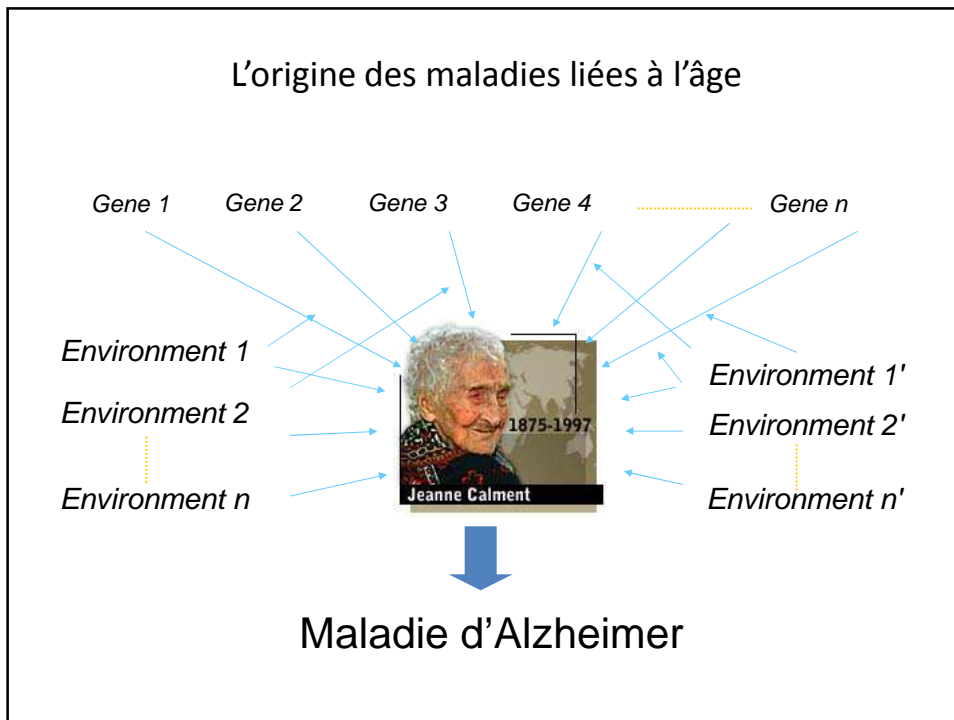
Travailler avec des personnes ayant des troubles du comportement

DIU Gestionnaire de cas
25 mars 2015

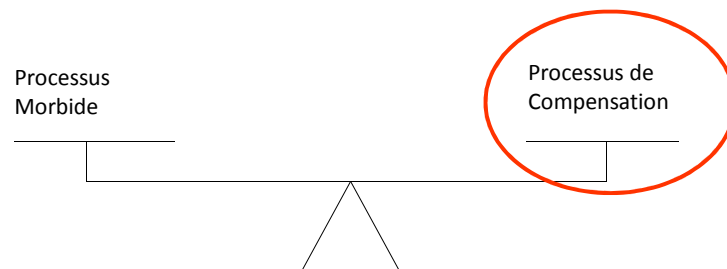
Isabelle Donnio
Psychologue-Consultante
Chargée d'enseignement EHESP
isadonnio@numericable.fr

Quelques rappels préalables

- Vieillessement cérébral et maladie d'Alzheimer
- Il n'y a pas de spécificité moléculaire ou cellulaire dans les lésions qui mènent à la maladie d'Alzheimer par rapport au vieillissement sans démence.
- C'est l'intensité et la topographie des lésions qui fait la maladie
- On peut avoir des lésions importantes sans exprimer la maladie



Vieillesse et maladie d'Alzheimer



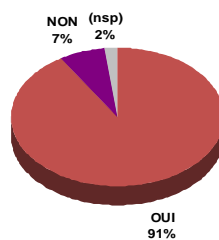
Facteurs de fragilisation ou de protection

Cinq pistes sérieuses :

- Les bourreaux du cœur (HTA, hypercholestérolémie, diabète, tabagisme)
- L'exercice physique
- La nutrition
- Le maintien d'activités cognitives stimulantes
- Le maintien d'un environnement affectif et social favorable

Souhait de diagnostic en cas de signes évocateurs de la maladie

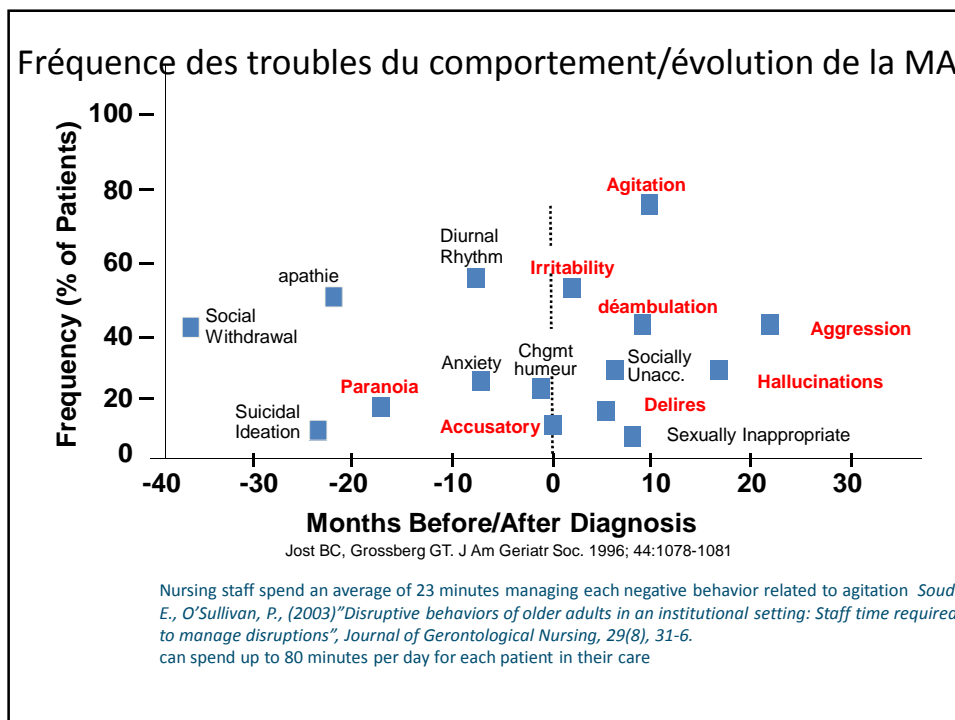
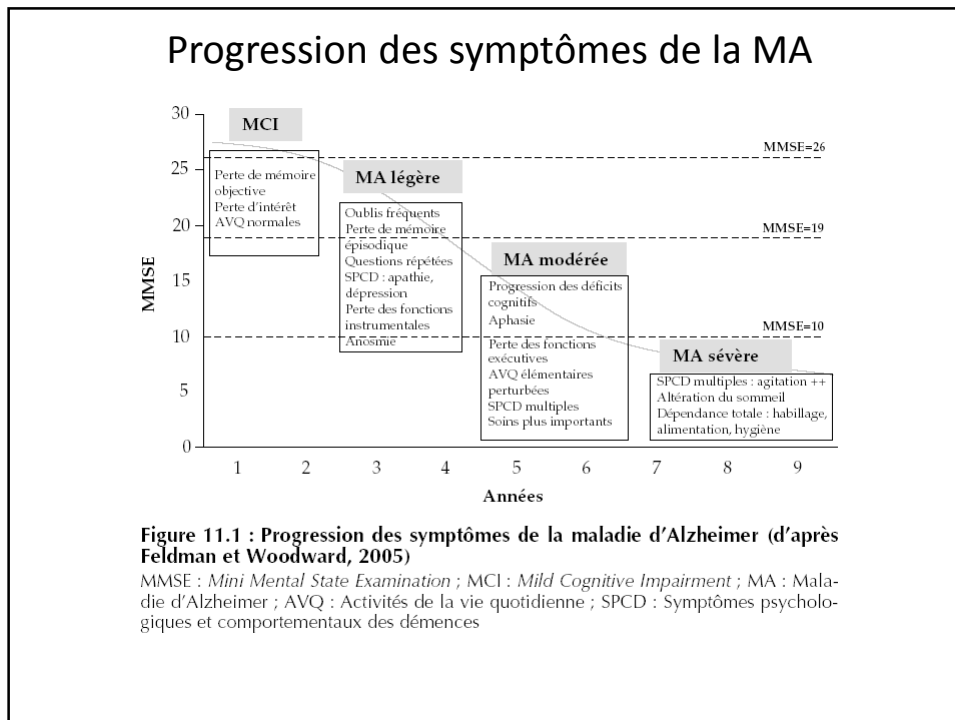
- Alz21 Si vous aviez des signes évocateurs d'une maladie d'Alzheimer, souhaiteriez-vous connaître votre diagnostic pour savoir si vous êtes ou non atteint de la maladie ?



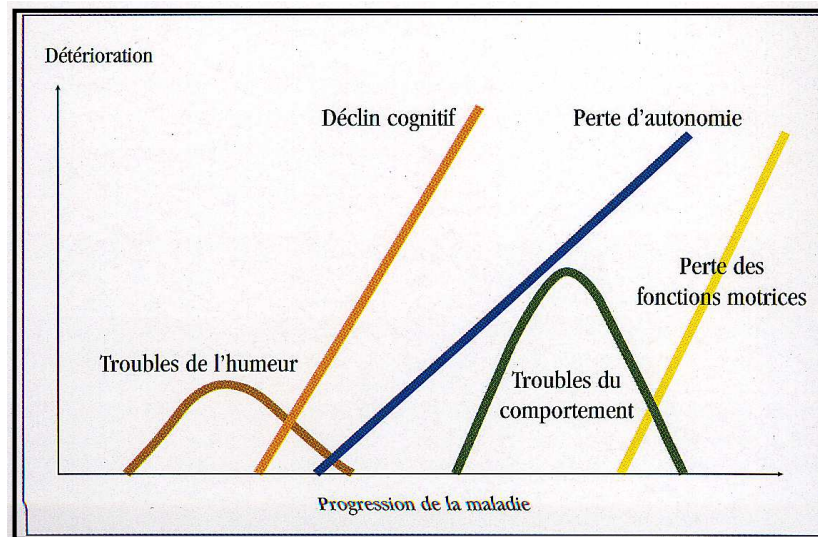
On estime mal informé sur la MA : 94%
 Craint la MA pour soi-même : 93%
 A une personne atteinte dans son entourage : 93%

Ces troubles qui nous troublent

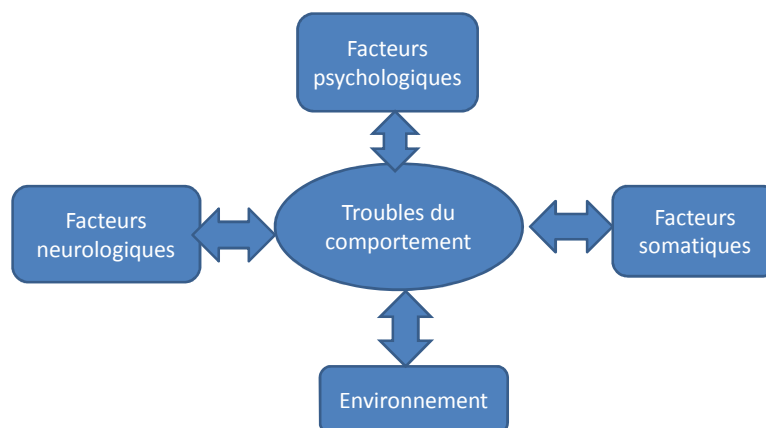
- **« Il y a entre ces personnes et nous infiniment plus de ressemblance que de dissemblances »**
- Au secours ! « Il s'agite »
- D'abord observer
- Partager les observations de tous (proches, AVS, IDE, MG, spécialiste si HDJ)
- **Pour comprendre, prévenir, apaiser les troubles du comportement dans les syndromes démentiels**



Progression de la maladie



Origine des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer



Antécédents, histoire de vie et personnalité


- Troubles cognitifs chez des proches ?
- Personnalité méfiante antérieure ?
- Troubles dépressifs antérieurs ?
- Métier exercé ?
- Marié ou célibataire ?
- Enfants?
-

Cause somatique surajoutée

- Infectieuses : urinaire, pulmonaire, fièvre
- Métaboliques : déshydratation, hypo ou hyperglycémie, hypercalcémie, thyroïde
- Neurologiques : AVC, hémorragies méningées
- Traumatiques : fractures
- Cardiovasculaires : OAP, infarctus
- Iatrogénie : psychotropes, antiparkinsoniens, théophylline, anticholinergiques, hormones thyroïdiennes, corticoïdes
- Autres : globe urinaire, fécalome, douleurs, troubles sensoriels

Environnement

- Malaise physique : inconfort vestimentaire, sensation de chaud ou de froid, besoin d'aller aux toilettes, constipation, douleurs, bruits ...
- Equipe soignante restreinte avec un turn-over élevé, un niveau de formation insuffisant
- Hyperstimulation
- Soins corporels intimes
- Modification du niveau de tolérance aux frustrations et aux changements : sensibilité au climat affectif, à l'environnement

 Adapter les stimulations de l'environnement

Facteurs neurologiques

- Troubles comportementaux intrinsèques à la démence
- Difficultés de langage, dans la réalisation de ses actions (fonctions exécutives), orientation temporo-spatiale, altération du jugement
- Survenue d'hallucinations
- Idées de persécution

Formation et soutien des personnels et des proches aidants

- Observation, décryptage et analyse des troubles du comportement ensemble
- Soins adaptés: toilette, alimentation, moments cruciaux (lever, coucher ...)
- Communication ET relation adaptée
- Plaisir et projets partagés

Environnement adapté

- Facilitant l'orientation et l'autonomie (Pictome)
- Rassurant
- Sécurisant
- Ergonomique
- Salles ou lieux dédiés à certaines activités
- Permettant la déambulation
- Chambres individuelles si vie en collectivité

Accompagnement psychosocial à effet thérapeutique : 5 cibles d'intervention

- Maintien ou restauration des capacités fonctionnelles présentes (ergo, kiné, cuisine, mobilité ...)
- Maintien ou restauration des capacités cognitives préservées (stimulation mémoire ? Jardinage, bricolage ...)
- Mobilisation des fonctions sensorielles (massages, musique, Snoezelen ...)
- Maintien du lien social (Bistrot Mémoire, sorties, restaurant, musée, art-thérapie, vacances ...)
- Privilégier les thérapeutiques psychosociales en cas de troubles du comportement

Orthophonie/langage/communication

- D'abord préserver et/ou restaurer la relation
- Maintenir et adapter les fonctions de communication : maintenir le lien social, définir les situations qui facilitent les échanges
- Renforcer les mécanismes mnésiques préservés
- Transmettre un savoir faire et un savoir être aux proches : explique, éviter les mises en échec, utiliser le mimétisme positif
- Réassurance et valorisation du patient
- Privilégier le plaisir

Thérapies de réminiscence

- Evocation des souvenirs autobiographiques anciens du patient
- Pour améliorer l'estime de soi
- Et stimuler les capacités de socialisation

Réadaptation émotionnelle et relationnelle en situation de a vie quotidienne

- Faciliter le relâchement tonique, psychique et l'apaisement émotionnel
- Solliciter les communications verbales et non verbales
- Favoriser les interactions avec l'environnement humain
- Favoriser l'investissement affectif des activités de base et instrumentales de a vie quotidienne
- Diminuer les troubles du comportement et de l'humeur
- Favoriser le vécu de bien-être

Réhabilitation : soins de stimulation cognitive et sensori-motrice

- Privilégier les activités significatives et les plus facilement acceptées, sources de plaisir : activités du quotidien, de loisirs, motrices, sensorielles, d'évocation, avec des supports adaptés
- S'appuyer sur les habitudes de vie
- Utiliser les ressources environnementales

Des méthodologies de soins pour soutenir les aidants professionnels et proches dans un projet d'accompagnement

- Validation (Naomi Feil) : empathie, mieux comprendre les besoins du patient, identifier les émotions (expression verbale et non verbale), valider par des techniques de communication verbale ou non
- Grâce à un personnel formé et soutenu (analyse des pratiques professionnelles)
- Pour un « prendre soin » ajusté ayant le souci des humains les plus vulnérables, un souci de la fragilité humaine

Principes généraux de conduite à tenir devant des troubles du comportement

- Face à des troubles du comportement, il faut impérativement rechercher une cause médicale, un changement de l'environnement social ou professionnel du patient.
- Toute intervention comportementale doit répondre à des principes de base qui conditionnent son succès, comme recueillir les informations concernant les troubles observés (description, recherche de facteurs déclenchants, évaluation des conséquences), fixer des objectifs et des plans thérapeutiques réalistes, évaluer de manière continue les programmes d'intervention et enfin valoriser, encourager les succès obtenus

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE HAS

- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs 2009
- Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée 2010
- Les actes de réadaptation se positionnent en complément des prises en charge rééducatives qu'ils complètent, en proposant des solutions pour compenser les déficiences et incapacités n'ayant pu être améliorées. La particularité de ces prises en charge est d'inclure l'entourage au sens large (famille, proches, professionnels, bénévoles, etc.) afin de lui donner les moyens d'une gestion autonome du maintien à domicile.

Quelles actions de la HAS ?

Un programme pilote de la Haute Autorité

- L'amélioration de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé fait l'objet, depuis 2006, d'un programme pilote de la HAS. Ce programme comporte un volet sur la maladie d'Alzheimer. Il doit fournir des références et des repères clairs aux prescripteurs, en s'appuyant sur le concours de tous les acteurs du soin (médecins, pharmaciens, infirmiers, organisations professionnelles, etc.). Ainsi, la plate-forme d'échange a identifié le besoin de deux recommandations, réalisées en 2009 (voir ci-dessous).

Des recommandations de bonne pratique¹

- Deux recommandations (parues en juil. 2009) doivent permettre d'éviter les prescriptions inappropriées, systématiques ou prolongées de psychotropes à des patients atteints de maladie d'Alzheimer :
 - les troubles du comportement dits « perturbateurs » (cris, agitation, agressivité, déambulation) ;
 - la confusion aiguë accompagnée d'un état d'agitation chez la personne âgée.
- Une autre recommandation (parue en nov. 2009) porte sur l'annonce et l'accompagnement du diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.
- Une recommandation est en cours de préparation au sujet du suivi médical des aidants naturels (parution au premier trimestre 2010).

Un guide ALD destiné aux médecins généralistes

- Ce guide (paru en mai 2009) détaille la prise en charge optimale et le parcours de soins des malades admis en affection de longue durée (ALD n° 15 - maladie d'Alzheimer et autres démences), et intègre les recommandations plus récentes sur les troubles du comportement et la confusion aiguë.

Pour quels objectifs du plan Alzheimer ?

- Améliorer le bon usage des médicaments
- Le programme pilote et les recommandations de la HAS concernent plus précisément la mesure n° 15 du plan Alzheimer, qui vise à améliorer les pratiques et l'utilisation des psychotropes. Cette mesure du plan Alzheimer est d'ailleurs pilotée par la Haute Autorité.
- L'élaboration de cette recommandation s'intègre dans la mesure n° 8 du plan Alzheimer, dont l'intitulé est : « Élaboration et mise en œuvre d'un dispositif d'annonce et d'accompagnement ».
- Cette recommandation visera l'amélioration du suivi sanitaire des aidants naturels (mesure n° 3 du plan Alzheimer, sous-pilotée par la HAS).
- Optimiser le parcours de soins
- Le guide ALD, en permettant d'améliorer la prise en charge et le parcours de soins, contribue plus généralement à l'objectif n° 4 du plan Alzheimer appelé « optimiser le parcours de soins ».

1. La HAS a déjà travaillé en amont sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, en publiant dès mars 2008 des recommandations sur le diagnostic et la prise en charge.
2. Le plan Alzheimer. Face au défi scientifique, médical et social que représente la maladie d'Alzheimer, un plan Alzheimer a été lancé en 2008, avec 44 mesures réparties en trois axes : santé, recherche et solidarité. La HAS contribue en particulier à l'axe « santé » : améliorer la prise en charge des malades et de leurs aidants.
www.plan-alzheimer.gouv.fr

Neuroleptiques et Alzheimer

- **L'efficacité des NL* pour traiter ou prévenir les troubles du comportement est faible (10-20 % d'efficacité).**
- **Effets indésirables fréquents et ou très sévères :**
 - sédation diurne excessive
 - troubles de la marche avec risque de chutes (+ 8 %),
 - survenue d'accidents vasculaires cérébraux (+ 1,8 %),
 - décès (+ 1 %).
- l'exposition aux NL : 3 % de la population âgée mais 18 % des malades Alzheimer et jusqu'à 27 % des résidents en EHPAD.
- Pas de phénomène de rebond, de rechute ni de manque. Cet arrêt ne nécessite pas de modalités particulières, ni de doses dégressives.

Prise en compte des aidants

- le soutien psychologique (centres d'accueil, central d'appel, groupe de paroles, soutien individuel) ;
- le répit (accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire) ;
- la prévention, la prise en charge, le suivi des problèmes médicaux (la morbidité observée chez les aidants étant plus élevée que celle observée chez des individus du même âge non aidants) ;
- l'aide aux aidants pour la prise en charge du patient (soins infirmiers, aides sociales, aides familiales, bénévoles) ;
- l'aide financière (prestations spécifiques, déductions fiscales) ;
- la formation (gestion du stress, communication) et l'information (évolution de la maladie, conseils techniques).

Qualité des pratiques et éthique



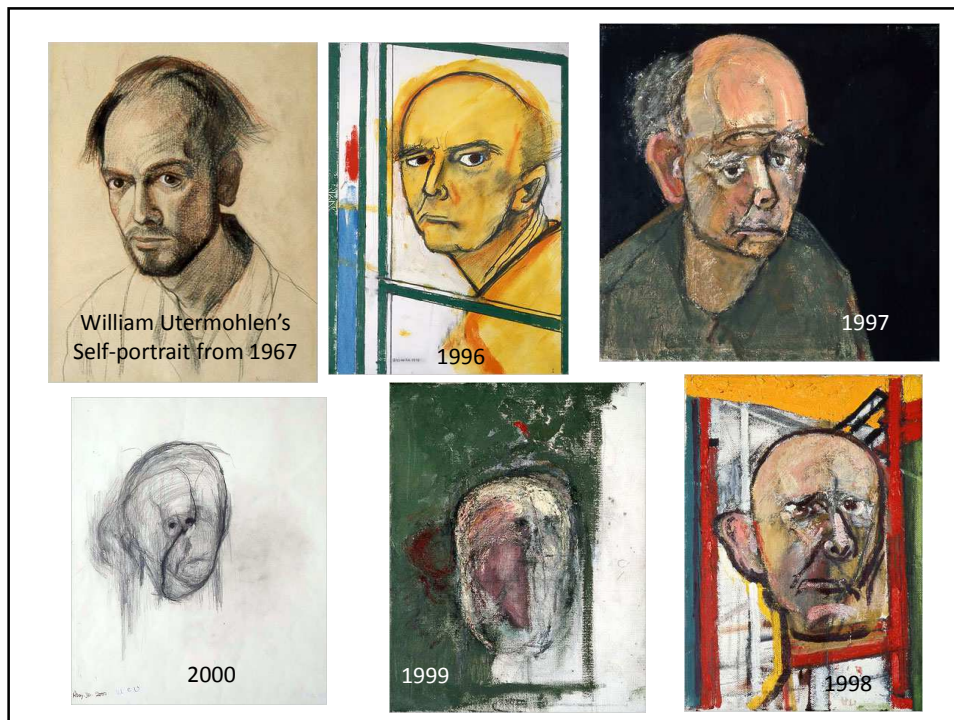
Recommandations HAS (mesure 15),

- Traitement confusion,
- Prise en charge des troubles du comportement

Espace de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer
(mesure 38)

Rencontres éthique (mesure 40),

- 2009 : Représentation de la personne malade



Redécouverte de la personne

- La maladie peut passer au second plan avec une vision capacitaire au profit d'une reconnaissance de la personne-sujet
- Facteur de motivation de l'équipe par rapport aux soins relatifs à une maladie chronique
- Avec un partage en équipe élargie, incluant la famille des expériences positives (ou non)
- Le transfert d'un savoir faire et d'un savoir être aux autres professionnels et proches

**Face à aux comportements troublés :
analyser, comprendre, apaiser**

- **« C'est bien cette personne, son identité et son individualité – qui comprennent la personnalité, les valeurs, les désirs, les modes relationnels, les névroses... – que le prendre-soin va chercher à aider à vivre, malgré et avec la maladie qu'elle éprouve et qui l'éprouve, va chercher à soutenir pour qu'elle puisse au mieux continuer à donner du sens à ce qu'elle vit, être en relation avec les autres, agir sur son environnement, etc. »**

Changer notre regard

- Le pari du sens
- Ce sont les malades qui nous enseignent et nous inventons avec eux sur leurs pas
- Christian Bobin à propos de la MA de son père
« J'ai appris avec lui l'alphabet de l'invisible »
- Son père ne sachant plus le présenter par son prénom dit de lui : « voici celui qui est inoubliable »