

QUELLES LIMITES À LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT EN INSTITUTION?

Boulebcel Kamel¹, Rieucan Audrey^{2,3}, Birane Habiba³, David Jean-Philippe³

¹ Hôpital Saint Jean, Briare

² Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé – EA 4057, Université Paris Descartes

³ AP-HP, Hôpital Emile Roux, Service Gériatrie 3, Limeil Brevannes
k.boulebcel@hopital-saint-jean.fr



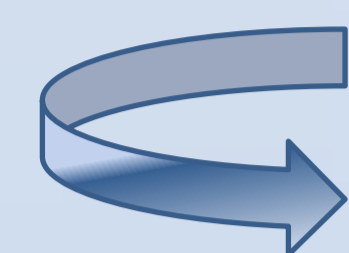
Contexte théorique

Problématique majeure en institution gériatrique: prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques des démences (SCPD).

Effets délétères des SCPD sur:

- _ qualité de vie
 - _ santé physique
 - _ santé psychique
 - _ qualité de vie au travail
 - _ santé physique
 - _ santé psychique
- des patients
- de l'équipe soignante

La HAS recommande l'utilisation de techniques de soins non médicamenteuses préférentiellement aux psychotropes. Mais la littérature peine à démontrer leur efficacité.



Difficultés pour les mettre en application en structure?

Problématique

Quels vont être les freins à la mise en pratique d'une démarche de gestion des troubles du comportement élaborée pour un patient ?

Vignette clinique



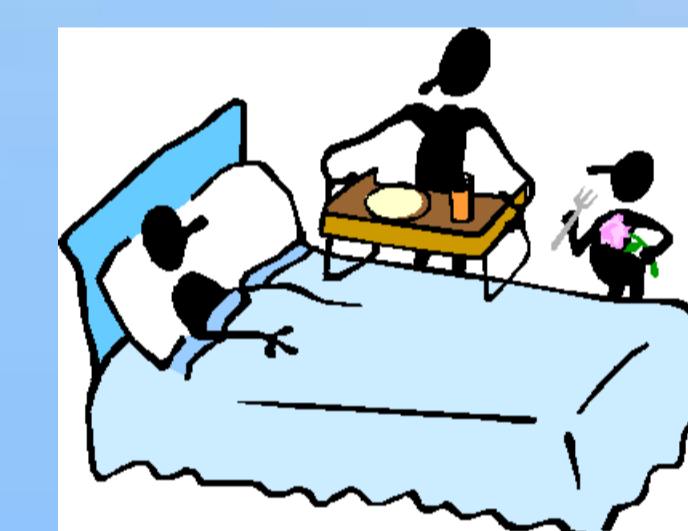
Mr X., homme de 86 ans présente une maladie d'Alzheimer diagnostiquée en 2004. Il entre en unité de Soins de Longue Durée en 2011 suite à l'épuisement de son épouse: Mr X. est agressif et a une inversion du rythme nyctéméral rendant impossible le maintien à domicile. Dans le service, Mr X. ne parvient pas à trouver de repères, fugue et présente de nombreux troubles du comportement à type d'agressivité, de déambulation et de labilité émotionnelle. Il a chuté plusieurs fois en passant au-dessus des ridelles
MMS: 15/30
NPI : agitation / agressivité 8/12 avec retentissement à 4/5
anxiété 8/12 de l'humeur avec retentissement à 3/5
instabilité / irritabilité 8/12 de l'humeur avec retentissement à 4/5
comportement moteur aberrant 8/12 avec retentissement à 4/5

Synthèse en équipe



Démarche de prise en charge non médicamenteuse choisie en équipe pluridisciplinaire

- ❖ respect du rythme du patient (le laisser dormir le matin)
- ❖ éviter les contentions (suppression des ridelles)
- ❖ lui proposer une activité pour l'occuper (jeux d'assemblage en bois, promenades)
- ❖ adopter des techniques de communications
- ❖ Limiter les sources de frustration que Mr X. n'est plus capable de gérer émotionnellement
- ❖ Lui permettre de dépenser de l'énergie
- ❖ Éviter qu'il s'ennuie et se sente perdu
- ❖ S'assurer qu'il prenne conscience de la présence de son interlocuteur et que celle-ci soit rassurante



Contraintes environnementales

_ architecture: service organisé en cercle, le couloir est moins éclairé que les chambres. Mr X. continue régulièrement à entrer dans les chambres des autres patients;
_ vie en collectivité: les autres patients, eux-mêmes en perte d'autonomie psychique, ne comprennent pas que Mr X. est malade.

Contraintes familiales

_ difficultés à comprendre les troubles cognitifs: la famille stimule trop Mr X. jusqu'à le mettre en échec
_ volonté de conserver une image de Mr X. en lien avec son identité passée: refus de le voir « jouer à des jeux d'enfants »
_ ne comprennent pas la suppression des ridelles: ont l'impression que leur père n'est plus en sécurité

Contraintes professionnelles

_ épuisement professionnel: certains membres de l'équipe ne parviennent pas à garder leur calme auprès de Mr X. et sont dans une communication non-verbale inadaptée
_ techniques de prises en charge variables selon les différents membres de l'équipe

Contraintes institutionnelles

_ utilisation de vacataires: ne connaissent pas les habitudes de vie de Mr X.
_ règles de sécurité strictes interdisant d'emmener du mobilier et des objets personnels

Evolution du comportement de Mr X dans le service

NPI : agitation / agressivité 6/12 avec retentissement à 3/5
anxiété 6/12 avec retentissement à 2/5
instabilité / irritabilité de l'humeur 6/12 avec retentissement à 3/5
comportement moteur aberrant 8/12 avec retentissement à 2/5

Les résultats au NPI témoignent de la persistance de troubles du comportement qui demeurent fréquents malgré la mise en œuvre de techniques de prises en charge non-médicamenteuses.

Cependant:

_ les moments d'agressivité et d'irritabilité de Mr X sont liés à des

facteurs déclenchant identifiés et se manifestent désormais de façon verbale et non physique

- _ Mr X. ne souffre plus d'une anxiété diffuse tout au long de la journée
- _ ses comportements moteurs aberrants sont désormais dirigés vers un but et Mr X. ne fugue plus
- _ le retentissement sur la charge de travail de l'équipe a diminué.

Ainsi, Mr X a pris des repères dans le service, bien qu'on observe toujours des facteurs déclenchant de troubles du comportement.

Conclusion

Les SCPD ont une origine plurifactorielle. Il paraît donc difficile de les faire disparaître en totalité. Le rôle de l'institution est néanmoins d'en limiter au maximum les facteurs déclenchant afin de favoriser qualité de vie et prise en charge thérapeutique du patient. Une démarche non-médicamenteuse opérante

résultera d'un partenariat entre équipe pluridisciplinaire formée aux pathologies liées à l'âge, famille intégrée dans le projet thérapeutique et politique institutionnelle adéquate favorisant la prise en compte la singularité de chaque patient.



B
I
B
L
I
O
G
R
A
P
H
I
E

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

- Belmin, J. (2003), *Gérontologie pour le praticien*, Paris, Masson.
- Bouvard, M., et Cottraux, J. (2002), *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Paris, Masson.
- Feil, N., De Klerk-Rubin, V. et Roux-Brioude, J. (1999), *La Validation, Méthode Feil : Comment aider les grands vieillards désorientés*, Paris, Lamarre.
- Gineste, Y. et Pellissier, J. (2007), *Humanitude : Comprendre la Vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris, Armand Colin.
- Hazif-Thomas C et Thomas P. Phénomènes de masse et violence institutionnelle: la question de l'agressivité des familles en psychogériatrie. *Annales Médico Psychologiques* 2004 ; 162: 389-396
- Mobiqual (2011), *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, diagnostic et prises en soins en EHPAD et établissement de Santé*, Société Française de Gériatrie et de Gérontologie.

