

Prise en charge des troubles psycho-comportementaux chez le sujet âgé

I. DEFINITION

Chez le sujet âgé, les symptômes psychologiques et comportementaux peuvent se définir comme des conduites et des attitudes inadaptées aux lieux et aux situations.

On distingue 2 grands types de troubles comportementaux:

- Troubles **négatifs ou déficitaires**: se manifestent sous la forme d'un retrait, d'une apathie, d'une adynamie, d'une indifférence à soi-même et à l'environnement, voire d'une dépression => **troubles psychologiques**;
- Troubles **positifs ou productifs** : ils deviennent dérangeants pour l'environnement humain et matériel: agitation, déambulation, agressivité, cris, hallucinations, idées délirantes => **troubles psychotiques**

II. ETIOLOGIES PRINCIPALES

- Pathologies démentielles: Dégénérescence fronto-temporale, démence à corps de Lewy , démence vasculaire, maladie d'Alzheimer...
- Somatiques: état confusionnel, douleur, affections intercurrentes (fièvre, globe urinaire, troubles sensoriels...), iatrogénie, épuisement, cancer, inconfort corporel...
- Environnementales: environnement physique non familial, bruyant, stimulation insuffisante ou excessive, équipe soignante ou entourage inadaptés ou non formés;
- Souffrance psychologique: conflit familial, événement douloureux récent...

III. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE

1^{ère} étape: analyse des troubles et typage : psychologique ou comportemental, aigu ou chronique, dérangent ou non

Où :

- Dans quelle circonstance?
- Quelle situation?

Quand :

- Facteur déclenchant?
- Changement récent?
- A quel moment de la journée?
- Fréquence ?

Comment :

- Quel est ce trouble?
- Depuis combien de temps?
- Retentissement de ce trouble sur la prise en charge du patient et sur sa dépendance;
- Evolution de ce trouble spontanément ou après intervention des soignants

Utiliser le NPI-ES: Inventaire Neuropsychiatrique- version Equipe Soignante
= outil d'évaluation développé pour évaluer les patients vivant en institution;
*Principe: - évaluation de 12 signes psychologiques et comportementaux
- repose sur l'interrogatoire d'un membre de l'équipe soignante impliqué dans la prise en charge du patient.*

Outil disponible sur le lien: HAS mai 2009, Recommandations de BP dans "la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs", annexe 3.

Autres outils :

Echelle de Cohen-Mansfield qui évalue en intensité et en sévérité l'agitation verbale ou gestuelle avec ou sans agressivité.

Principes : - évaluation de 29 comportements d'agitation

- repose sur l'interrogatoire d'un membre de l'équipe soignante impliqué dans la prise en charge du patient.

**2^{ème} étape: examen clinique du patient et prise en charge si nécessaire:
syndrome confusionnel, infection et fièvre, constipation, traiter les
facteurs précipitants ou déclenchants:**

- Favoriser l'apaisement: voix calme, ton apaisant, écouter, observer...
- Préserver la communication: éviter les différentes sources de distraction lors de la communication avec le patient (télé, radio, etc.), attirer son attention, échanger en face à face, faire passer un message à la fois, utiliser des phrases courtes, répéter si besoin, utiliser des questions fermées, des gestes pour la transmission d'une information (Utiliser la technique de validation de Naomi Feil : Reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne)
- Eviter l'isolement et la contention si possible;
- Eviter les modifications brutales ;
- Eviter les excitants (café, soda) en fin de journée ;
- Favoriser l'environnement : Espace adapté à la déambulation, environnement apaisant ;
- Evaluer l'inconfort vestimentaire et de position (lit, fauteuil) ;
- Prise en charge psychologique;
- Prise en charge orthophonique, ergo, kiné, psychomotricienne art-thérapeute, musicothérapeute;
- Proposer une stimulation quotidienne adaptée :
 - Eviter l'hypostimulation
 - Proposer des activités en tenant compte des troubles cognitifs afin d'éviter la mise en échec qui engendrera une baisse de l'estime de soi et de l'anxiété
 - Faire participer la personne aux activités de la vie quotidienne qu'elle est en mesure de réaliser
 - Si possible, lui proposer une prise en charge par un hôpital de jour, un accueil de jour, un PASA 5Pôle d'Activité et de Soins Adaptés), une UHR (Unité d'Hébergement renforcé).

3^{ème} étape: Traitement médicamenteux

=>uniquement

*** en cas de trouble psychotique sévère et non contrôlable autrement**

*** après échec des mesures non médicamenteuses ou en cas d'urgence (danger pour le patient lui-même ou pour autrui).**

Recommandations:

- 1) Choisir le médicament en fonction des symptômes cibles; évaluer la balance bénéfice-risque;
- 2) Privilégier une monothérapie
- 3) Initier le traitement par des petites doses (de l'ordre du quart des posologies usuelles chez adultes jeunes), en augmentant progressivement si nécessaire (par palier), pour des durées courtes (pas de prolongation thérapeutique inutile, particulièrement dans les états démentiels);
- 4) Adapter la galénique en fonction de l'acceptabilité du patient (gouttes, cp orodispersibles; NB: injectables uniquement en urgence);
- 5) **Evaluer** tous les jours jusqu'à stabilisation du comportement puis toutes les semaines :
 - l'efficacité
 - la tolérance physique, neurologique et cognitive
- 6) Ne modifier qu'un traitement à la fois;
- 8) Privilégier les traitements per os
- 9) En cas de voie orale inadaptée ou impossible, préférer la voie IM à la voie IV

Règles de prescription des neuroleptiques

- Evaluer systématiquement le risque d'événements cérébro-vasculaires, cardiaques, neurologiques, cognitifs et métaboliques;
- Réaliser un ECG **AVANT** instauration et pendant le traitement (risque d'allongement du QT avec les neuroleptiques)
- Ne pas associer plusieurs neuroleptiques entre eux. L'association de neuroleptiques est envisageable, de manière ponctuelle, dans la prise en charge de certaines psychoses aiguës mais doit demeurer exceptionnelle.

Règles de prescription des benzodiazépines

- La prescription des anxiolytiques doit être limitée à la crise et de courte durée après avoir éliminé une cause somatique, relationnelle, psychologique ou iatrogène
- Evaluer régulièrement l'efficacité et la nécessité du traitement par benzodiazépine
- Evaluer systématiquement les effets secondaires liés aux benzodiazépines : troubles du comportement, altération de la conscience, **risque de chute**, dépendance physique et psychique, tolérance pouvant conduire à une augmentation des doses pour obtenir l'effet recherché
- Ne pas associer 2 benzodiazépines ou 1 benzodiazépine et 1 hypnotique
- Prudence en cas d'association: neuroleptique et benzodiazépine

STRATEGIE PHARMACOLOGIQUE

1. Crise avec agitation et agressivité :

- de nature anxieuse : recourir aux benzodiazépines à $\frac{1}{2}$ **vie courte** per os ou en IM selon la compliance du patient

- ❖ Lorazepam-Temesta®;
- ❖ Oxazépam - Seresta®
- ❖ Alprazolam - Xanax®

- de nature psychotique : le choix du neuroleptique se fera en fonction de l'intensité du trouble

- ❖ Intensité modérée : tiapride – Tiapridal® per os (en gouttes) ou IM ;
- ❖ Intensité forte : neuroleptiques atypiques (gouttes ou forme velotab): **Olanzapine-Zyprexa®** et **Halopéridol-Haldol®**

2. Agitation avec signes psychotiques :

- Neuroleptiques **atypiques à $\frac{1}{2}$ vie courte**:
 - ❖ rispéridone-Risperdal®: 0.25mg à 1mg/J
 - ❖ **olanzapine-Zyprexa®**: 2,5mg à 5mg/J (moins de risques d'effets extrapyramidaux mais action sédatrice +++ – HORS AMM)

En cas de démence parkinsonienne, la clozapine-Leponex® est le seul neuroleptique pouvant être utilisé dans le traitement des troubles psychologiques, en cas d'échec de la stratégie habituelle.



- Clozapine : risques majeurs d'effets indésirables = **Agranulocytose et myocardite**

• La clozapine ne peut-être instituée que par un neurologue ou psychiatre et le renouvellement ne peut se faire que par un spécialiste en neurologie, psychiatrie ou gériatrie. Elle nécessite une surveillance hématologique stricte.

- Anticonvulsivants : HORS-AMM, non recommandé par la HAS
 - ❖ Acide valproïque – Depamide® ou Micropakine LP®

3. Agitation avec irritabilité:

- Antidépresseurs sans effets anticholinergique:
 - ❖ IRSS:
 - ✓ Sertraline-Zoloft® (25mg/J)
 - ✓ Citalopram-Seropram® (10mg/J jusqu'à 20mg/J max)
 - ✓ Escitalopram – Seroplex® (10mg/j)

- ❖ **Mirtazapine-Norset®** ou Miansérine-Athymil®: 15 à 45mg/J à instaurer par palier de 15mg tous les 15J; arrêt progressif du traitement sur 1 à 2 semaines.



A éviter:

- ❖ *Paroxétine – Déroxat® en raison de la survenue plus fréquente d'un syndrome extrapyramidal, de sa plus grande prévalence de sevrage, de son potentiel d'interactions médicamenteuses et d'une concentration plasmatique souvent élevée chez la personne très âgée pour laquelle une adaptation des doses est indispensable;*
- ❖ *Fluoxétine – Prozac® ne convient pas au traitement du sujet très âgé en raison de sa très longue demi-vie.*

4. Agitation avec anxiété:

- Benzodiazépines à ½ vie courte :
 - ❖ Oxazépam- Seresta®
 - ❖ Lorazépam- Temesta®.
- Buspirone- Buspar® (attention : délai d'action prolongé = 5 jours à 2 semaines)



A éviter:

- ❖ *Les antihistaminiques type hydroxyzine-Atarax® (en raison de leur effets anticholinergiques).*

5. Agitation nocturne:

- Antidépresseurs sédatifs:
 - ❖ **Mirtazapine-Norset®;**
 - ❖ Miansérine-Athymil®
- Hypnotiques à durée d'action courte:
 - ❖ Zolpidem- Stilnox®;
 - ❖ Zopiclone- Imovane®

Traitement de courte durée (1 à 2 semaines) et à réévaluer régulièrement:



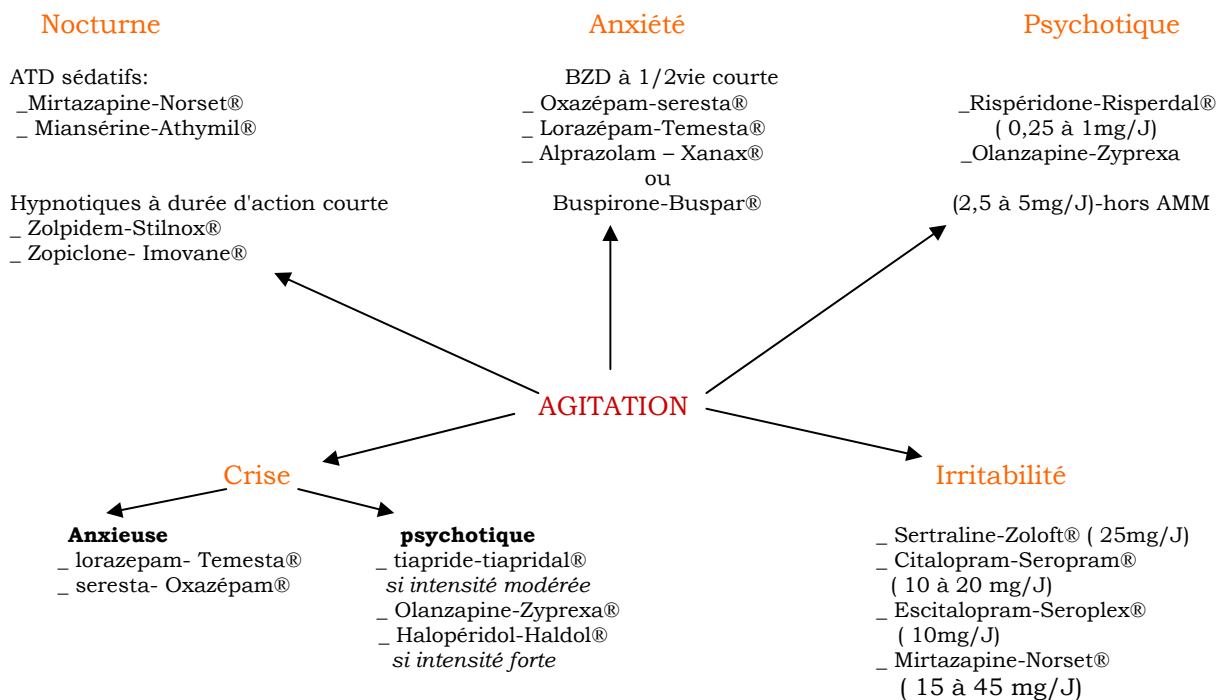
A éviter:

- ❖ Les neuroleptiques hypnotiques type Alimémazine – Théralène®

CONCLUSION :

Le soulagement du patient doit résulter d'une combinaison de thérapies non médicamenteuses et de l'utilisation des traitements de manière rationnelle.

- 1) Evaluer le danger potentiel pour le malade et pour les autres;
- 2) Utiliser d'abord des stratégies comportementales et des techniques non médicamenteuses; s'adapter au maximum aux habitudes de vie (se renseigner auprès de l'entourage)
- 3) Ne recourir aux médicaments qu'après une démarche diagnostique et un échec des interventions non médicamenteuses;
- 4) Evaluer régulièrement la poursuite de tout traitement psychotrope prescrit.



Références bibliographiques:

- Reco BP HAS 2009: "Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs"
- Clinical Geriatrics June 2011: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
- Best Practice Guideline for accommodating and managing behavioural and psychological symptoms of dementia in residential care, British Columbia.