

# Prise en charge psychomotrice des troubles du comportement à domicile

Elodie Martin – Institut de Formation en Psychomotricité, Université Paul Sabatier, Toulouse - Association Alliance Sages Adages



UNIVERSITÉ  
TOULOUSE III  
PAUL SABATIER



Université  
de Toulouse



# Equipe Spécialisée Alzheimer

- Mesure 6 du plan Alzheimer 2008-2012 ; plan maladies neurodégénératives 2014-2019
- Equipe composée d'une infirmière coordinatrice (IDEC), d'un ergothérapeute/psychomotricien et d'assistantes de soins en gérontologie (ASG).
- Objectifs et missions des ESA:
  - Prescription médicale du médecin traitant ou spécialiste: « *Faire pratiquer (12 à 15) séances de réhabilitation et d'accompagnement à domicile par une équipe spécialisée Alzheimer.* »
  - Les ergothérapeutes et les psychomotriciens pourront « *intervenir à domicile et assurer, dès le diagnostic, l'éducation thérapeutique, un bilan d'adaptation du logement, la réhabilitation et la stimulation cognitive et, le cas échéant, en cas de crise, la prise en charge des troubles du comportement* ».

# Troubles du comportement et MA

*« Il s'agit de comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées ».*

(Recommandations de l'HAS, 2009)

# Troubles du comportement en ESA

80 Patients suivi en ESA du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juin 2017

Critères d'inclusion:

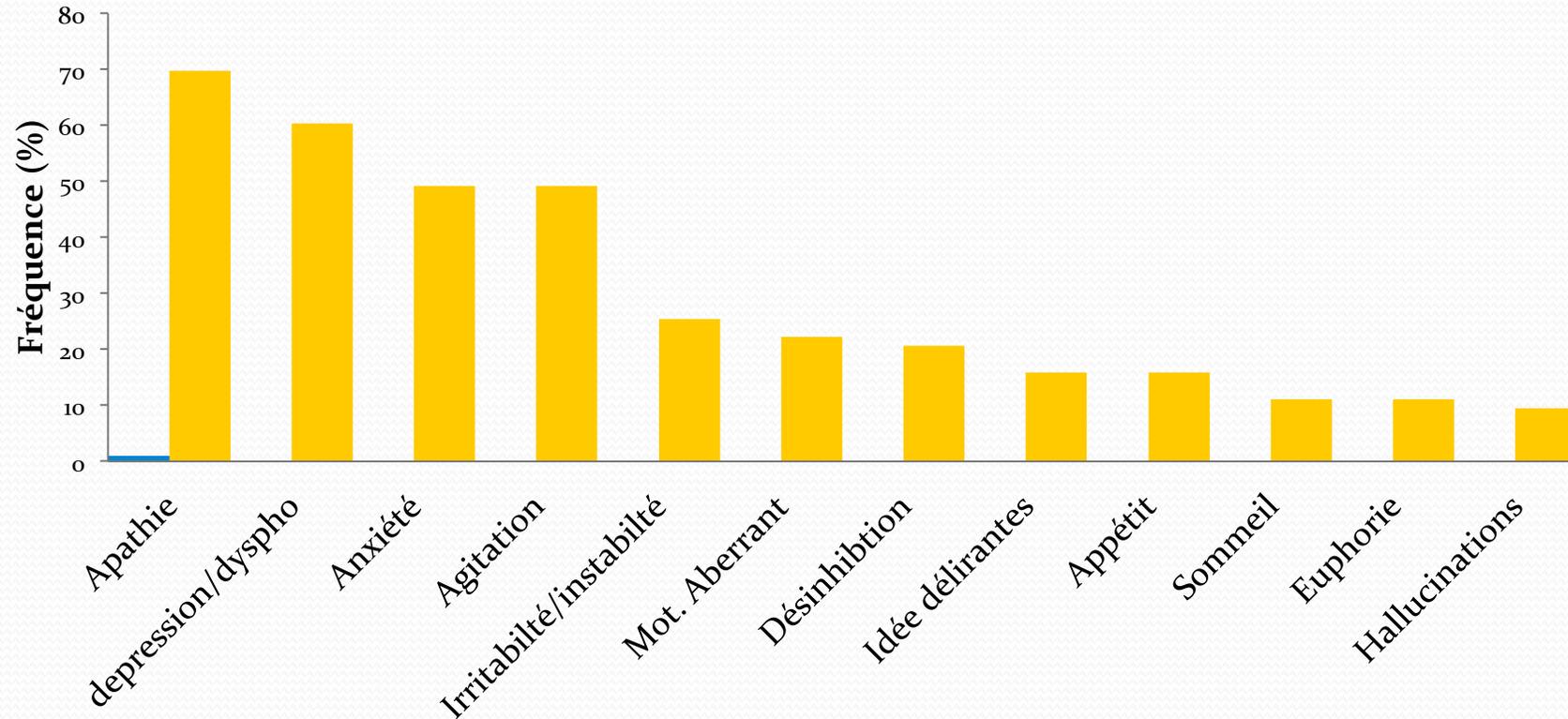
- MA ou maladies apparentées
- Acceptation de l'évaluation par le patient
- Aidants présents pour compléter le NPI et l'échelle de Zarit

Caractéristiques de la population étudiée:

<b>N= 64 ( 48 femmes)</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Ecart type</b>
Age (ans)	82,7	7,6
Gir (/6)	4,4	1
MMSE (/30)	18,5	4,8

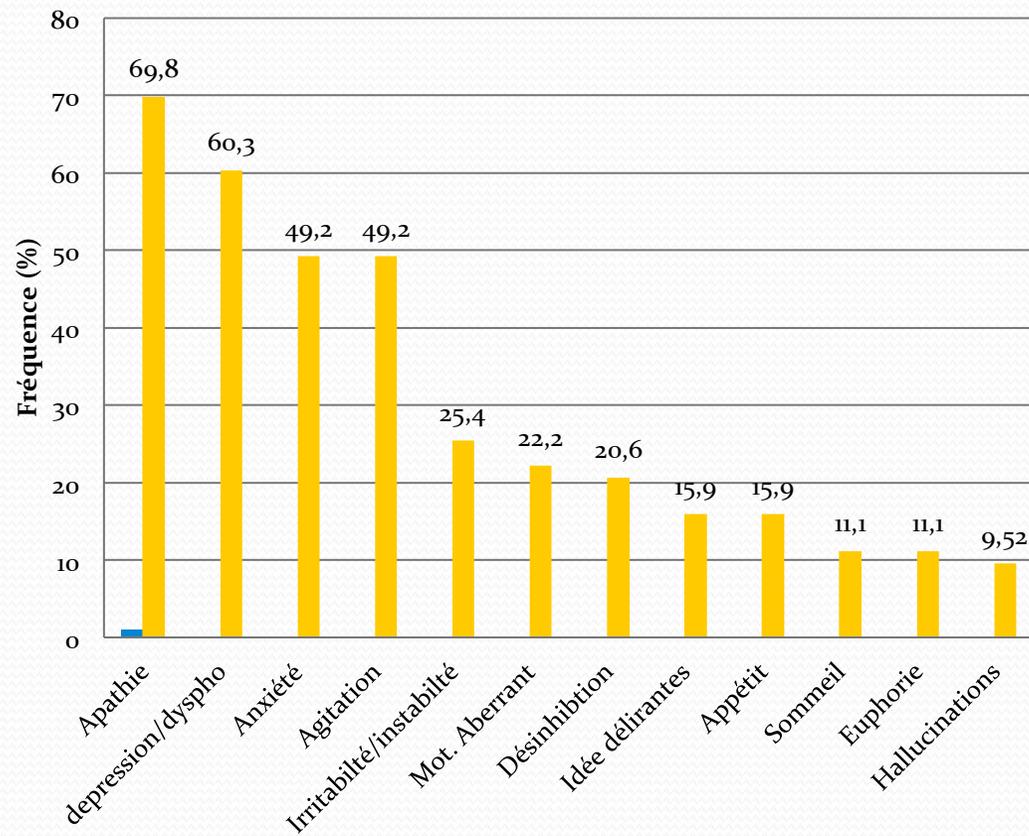
# Résultats

## Fréquence des troubles du comportement évalués avec le NPI au sein de l'ESA

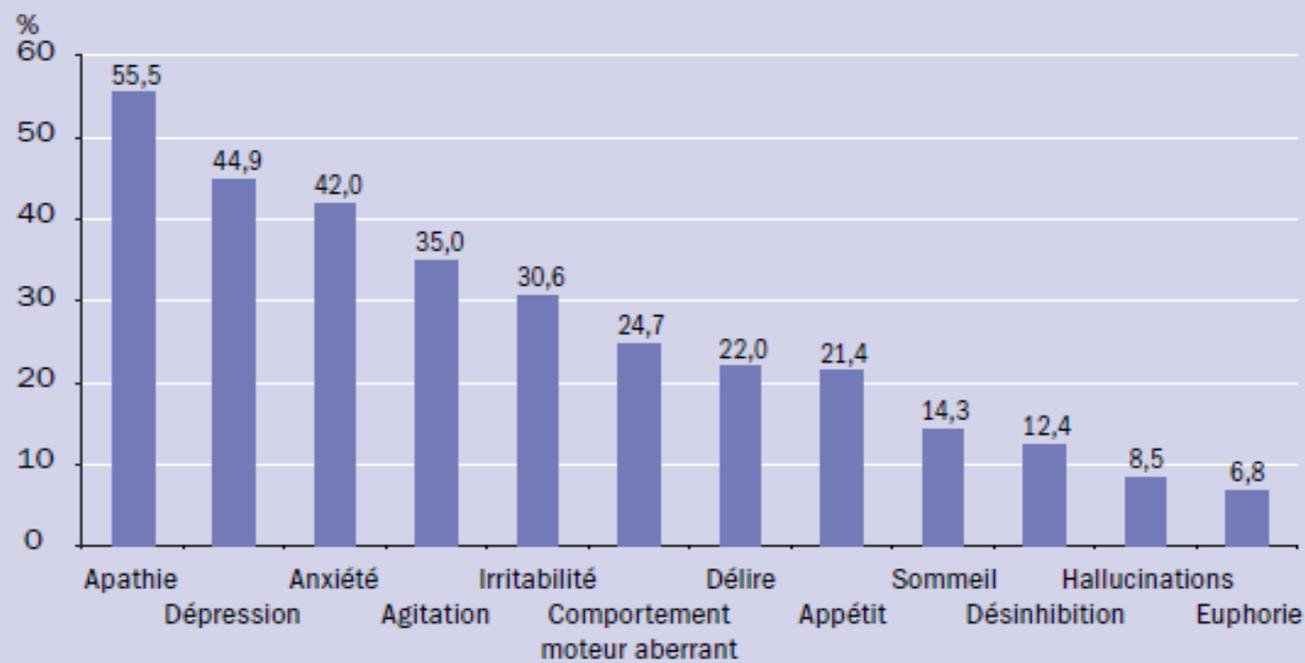


# Résultats

Fréquence des troubles du comportement évalués avec le NPI au sein de l'ESA



Fréquence des symptômes psychologiques et comportementaux évalués avec l'inventaire neuropsychiatrique dans la maladie d'Alzheimer (résultats de plusieurs études européennes) [56]



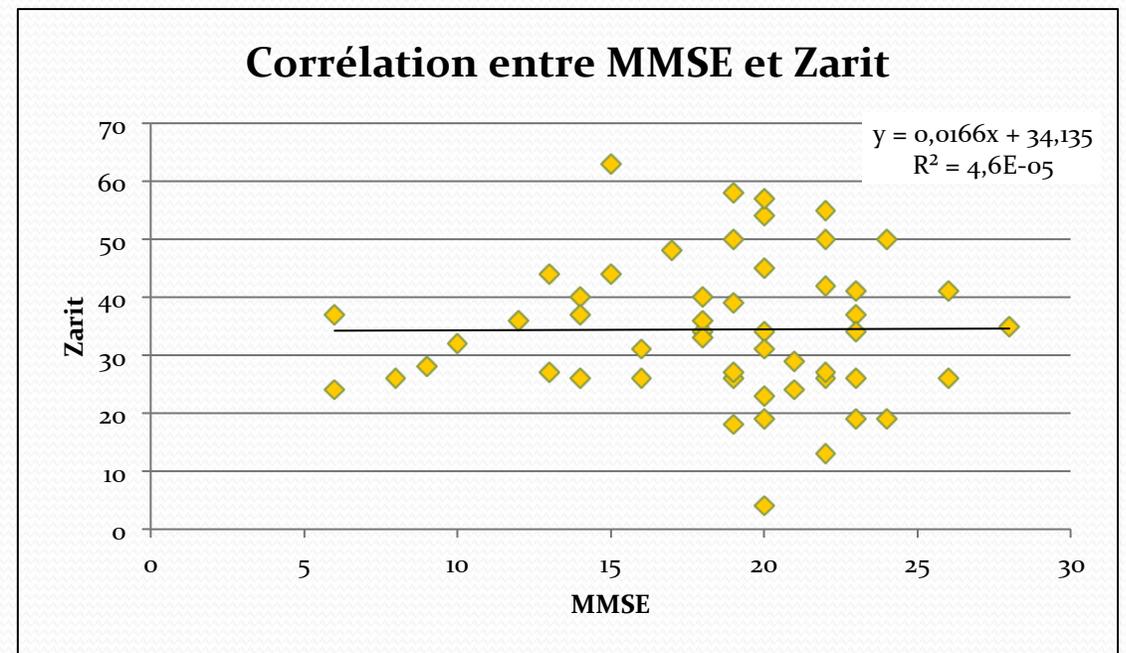
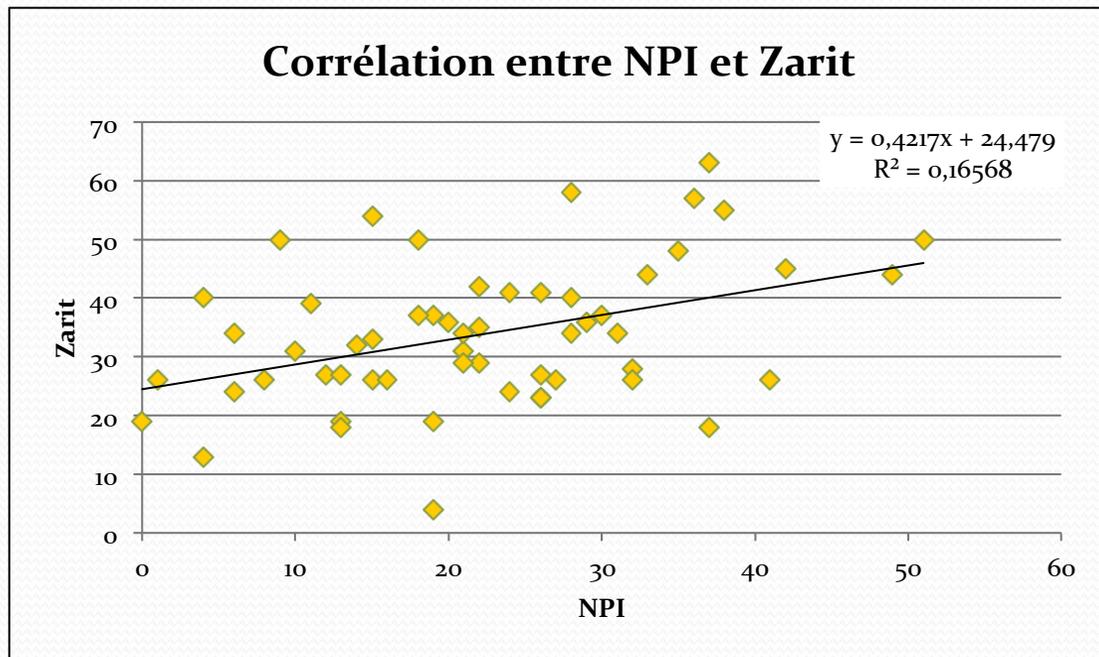
Extrait de Robert , 2008

# Résultats

	Etude REAL.FR (Benoit et al., 2003)						ESA		
	MMSE 11-20			MMSE 21-30			MMSE 6-26		
	N	%	F*G	N	%	F*G	N	%	F*G
Délire	63	24,7	4,5	25	10,2	3,8	10	15,9	3,5
Hallucinations	20	7,8	4	14	5,7	3,6	6	9,56	3,67
Agitation	113	44,3	4,4	80	32,8	3,9	31	49,2	3,65
Dysphorie	109	42,7	4,5	90	36,9	3,6	38	60,3	3,68
Anxiété	118	46,3	4,6	108	44,3	4,1	31	49,2	3,68
Euphorie	25	9,8	3,2	11	4,5	2,5	7	11,1	2,57
Apathie	162	63,5	6,4	117	47,9	5,6	44	69,8	8,23
Désinhibition	34	13,3	3,9	25	10,2	2,7	13	20,6	3,62
Irritabilité	115	25	4,5	69	28,3	3,7	16	25,4	3,25
CMA	76	29,8	6,8	36	14,7	6,1	14	22,2	3,86

# Résultats

Zarit moyen = 34 (+/- 12) soit un fardeau moyen



Sentiment de fardeau lié à la présence des troubles du comportement plus qu'au stade démentiel.

# Prise en charge

- Les interventions centrées sur la stimulation cognitive,
- Les interventions centrées sur la relation aidant-aidé,
- Les interventions centrées sur l'aménagement de l'environnement physique et humain,
- Les approches psychothérapeutiques et sociothérapeutiques.

# Les interventions centrées sur la stimulation cognitive

- Stimulation cognitive non spécifique (« les ateliers mémoire »), orientation dans la réalité dans la réalité (Goidsten *et al.*, 1982)
  - Proposées en groupe, ne tiennent pas compte de l'hétérogénéité des déficits cognitifs ni des besoins spécifiques de chacun.
  - Non transférables au quotidien (Dorenlot, 2006 ; Van der Linden et Juillerat, 2004) et pas d'amélioration clinique de l'autonomie significative (Verkaik *et al.*, 2005).
  - Effets sur l'humeur et le sentiment d'auto-efficacité
- Réhabilitation ou revalidation neurocognitive (Van der Linden & Juillerat, 2006)
  - Fournir des aides à la mémorisation face à des problèmes concrets
  - S'appuie sur la mémoire implicite, sur des stratégies de facilitation, sur l'utilisation d'aides externes et de structuration de l'environnement...
  - Effets sur l'autonomie de la personne mais également sur les symptômes neuropsychiatriques comme l'apathie et la dépression (Erkes *et al.*, 2009 ; Van der Linden & Juillerat, 2004).

# Les approches psychothérapeutiques et sociothérapeutiques.

- Très hétéroclites (fondements théoriques/objectifs).
- Revue de littérature de Livingston *et al.* (2005) :
  - Les techniques de gestion du comportement individuel inspirées des TCC sont généralement les plus efficaces peuvent perdurer plusieurs mois après l'intervention.
  - Peu de données sont disponibles sur l'efficacité de la *thérapie par réminiscence*,
  - La méthode *Snoezelen*, peut être utile sur l'apathie, mais n'a pas d'effets au-delà de la durée de la séance.
  - Les études portant sur la « *validation therapy* », et les activités *Montessori* ne montrent aucun effet sur les symptômes neuropsychiatriques.
- La qualité méthodologique de la majorité des études à ce sujet ne permet pas de conclure sur l'efficacité ou l'inefficacité de ces méthodes.

# Les interventions centrées sur l'aménagement de l'environnement physique

- Etude portant sur les comportements de fugue ou les risques associés à la déambulation dans les institutions.
  - Barrières visuelles (Siders *et al.*, 2004).
  - Repérage spatial (Algase *et al.*, 2007).
- Cependant, la probabilité que la signalisation puisse être utilisée par des MA est soumis à 3 facteurs :
  - La lisibilité (Algase *et al.*, 2007).
  - La compréhensibilité (Namazi & Johnson, 1991).
  - La probabilité de détecter les informations signalétiques (Schuchard *et al.*, 2006).

# Les interventions centrées sur la relation aidant-aidé

- Programmes d'éducation thérapeutique ou psycho-éducatifs auprès des aidants familiaux: amélioration des symptômes pendant plusieurs mois (Livingston *et al.*, 2005).
- La formation du personnel conduit également à des réductions des symptômes comportementaux, une diminution de l'utilisation de moyens de contention et à l'amélioration de l'état affectif des patients (Gineste et Marescotti, l'Humanitude<sup>®</sup>, 2008).
- Ces actions « psychoéducatives » semblent retarder l'entrée en institution et diminuer la fréquence des SCPD chez le patient et la dépression chez l'aidant (Brodaty *et al.*, 2003).

# La prise en charge psychomotrice en ESA

- Les objectifs de la prise en charge des troubles du comportement sont double :
  - **Auprès du patient:** réduire les manifestations comportementales pathologiques, d'améliorer l'humeur et le bien-être de la personne, préserver les compétences et les capacités résiduelles des patients, et ainsi stabiliser ou réduire l'aggravation des déficits cognitifs et comportementaux.
  - **Auprès des familles:** valoriser les capacités préservées de leur parent, montrer une autre image du patient et améliorer la relation patient-aidant.

# Vignette clinique: Mme S.

- Mme S. (71 ans) vit à domicile avec son époux.
- Le diagnostic de MA a été fait il y a 4 ans. MMSE=17
- Mme S. n'a pas connaissance de ce diagnostic. Sa famille minimise les troubles observés, de plus lorsqu'on l'interroge, Mme S. dit ne pas avoir de troubles « *tout va bien* ».
- Face à ses difficultés lors de la passation des tests (MMSE et EGP), elle les explique par des événements passés douloureux.

# Evaluation autonomie (ADL/ IADL)

- Concernant son autonomie :

- les gestes simples de la vie quotidienne (habillage, toilette...) sont préservés mais doivent parfois être initiés (ADL 5,5/6),
- les activités instrumentales (gestion financière, courses...) sont altérées (IADL 2/8).

# Evaluation comportement (NPI)

- Agressivité :

F\*G= 9 et R=4

« Elle est agressive quand on lui demande de faire certaines choses comme la toilette le matin »

- Irritabilité et instabilité de l'humeur :

F\*G= 9 et R=4

« Elle se met de plus en plus souvent en colère, pour un rien »

# Evaluation psychomotrice (EGP)

- Sont altérées:

- La mémoire épisodique (événements récents) et la mémoire de travail,
- L'orientation dans le temps
- Les fonctions exécutives (planification, flexibilité...).

- On note:

- une fatigabilité,
- des conduites d'évitement lorsqu'elle est en échec voire des réactions hostiles.

- Sont préservées:

- L'orientation spatiale,
- L'imitation gestuelle,
- Les praxies idéatoires et visuo-constructives,
- Les capacités motrices (équilibre, coordination, motricité fine...)

# Evaluation du fardeau (Zarit)

- Son époux l'aide quotidiennement mais suite à une hospitalisation son autonomie fonctionnelle se trouve limitée. Il semble également présenter un épuisement face à la maladie de son épouse en particulier face à son agressivité.
  - échelle de Zarit > 60 (fardeau sévère).

# Analyse du comportement

## ANTECEDENTS IMMEDIATS (liés à l'environnement)

Demande de son époux (toilette/habillage).  
Présence de l'aide-ménagère.  
En fin de journée, raisons variables.

## ANTECEDENTS HISTORIQUES (liés à la personne)

Était femme de ménage  
Diminution de l'autonomie.  
Non reconnaissance de la maladie.

**COMPORTEMENT**  
refus, colère  
augmentent au fur et à mesure  
de la journée

## CONSEQUENCES SUR L'ENVIRONNEMENT

Essaie de changer de sujet, utilise l'humour  
A long terme : incompréhension, culpabilité, Déficit  
de cohérence (discours ++/ mise en place d'aide+++).

## CONSEQUENCES SUR LA PERSONNE

S'isole et ne fait pas sa toilette.  
« Ma famille pense que je ne peux plus tenir ma  
maison et que je deviens folle »

# Actions thérapeutiques: propositions

## Auprès de l'aidant:

Action sur le discours familial avec réduction des incohérences et travail sur les idées irrationnelles

⇒ Explication des troubles du comportement à l'aidant.

## Aménagement de l'environnement

⇒ Proposition d'un temps de repos en début d'après-midi.

⇒ Décaler l'heure du passage de l'aide-ménagère au milieu d'après-midi (ap sieste).

Donner des stratégies de gestion de la colère

⇒ Détour de l'attention, humour, excuse, retrait d'attention...

# Actions thérapeutiques: propositions

## Auprès du patient:

### Acceptation des aides

⇒ Travail avec Mme S. sur la reconnaissance de ses troubles.

### Utilisation des compétences préservées et des habitudes

⇒ Proposer à Mme S. de réaliser une tâche (cirer le meuble...) pendant que l'aide-ménagère fait le ménage.

⇒ Si trop d'agitation: proposer à Mme S. de sortir marcher.

### Compensation des troubles cognitifs

⇒ Mise en place d'un planning rappelant les tâches de la matinée (récupération espacée).

⇒ Installation des vêtements dans la sdb pour initier un automatisme (facilitation).

⇒ Présence des objets pertinents à la réalisation de la toilette (affordance).

# Conclusion

- Traitements non médicamenteux indiqués en première intention.
- Pas d'intervention unique
  - Approche individualisée basée sur une évaluation rigoureuse du trouble du comportement et de ses facteurs déclenchants,
  - Prise en compte de l'environnement physique et social (famille, soignants) du patient.



Merci pour votre attention.