

Clément BAUMANN et Pierre VANDEL

Troubles psychocomportementaux de la personne âgée

Quelle attitude adopter ?

2023

Sommaire

Introduction	9
Sept symptômes courants	15
L'apathie	17
L'anxiété.....	24
L'agressivité.....	31
La dysphorie	39
Les délires et hallucinations	47
La désinhibition	54
Les comportements moteurs aberrants	61
Approche relationnelle du sujet âgé	69
Cultiver son savoir-être	71
Préparer la rencontre	76
Développer son savoir-faire.....	79
Derniers conseils	89
Ressources pour aller plus loin	93
Liste des sigles	95

Introduction

DES SITUATIONS COMPLEXES

Dans un service de gériatrie, une patiente rétablie présente une crise d'angoisse lorsqu'on lui annonce sa sortie prochaine. Un monsieur vivant à domicile se montre agressif avec les professionnels qui viennent l'aider. Au sein d'un EHPAD¹, une résidente soupçonne le personnel de vouloir l'empoisonner...

Des situations analogues sont souvent rencontrées par les professionnels qui accompagnent ou soignent des personnes âgées. La plupart sont liées à des troubles psychocomportementaux. Ceux-ci perturbent l'action des intervenants et sont source d'épuisement pour eux. Or, des outils relationnels issus de la pratique en psychiatrie du sujet âgé peuvent aider à prévenir, atténuer ou contourner ces troubles.

QU'ENTEND-ON PAR TROUBLE PSYCHOCOMPORTEMENTAL ?

Un trouble ou symptôme psychocomportemental désigne une manifestation affective ou comportementale qui retentit négativement sur la qualité de vie d'une personne ou de son entourage. On distingue les symptômes productifs ou positifs, comme les hallucinations et l'agressivité, et les symptômes déficitaires ou négatifs, comme l'apathie et la dysphorie. Chez les personnes âgées, ces symptômes peuvent avoir de nombreuses origines : douleur, inconfort, besoin non assouvi, etc. Parmi les causes médicales, les principales pathologies responsables sont les troubles psychiatriques et les troubles neurocognitifs.

LES APPORTS DE LA PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ

La psychiatrie du sujet âgé est dédiée aux personnes déclarant des troubles psychiatriques après 65 ans et aux patients souffrant de maladies psychiques apparues à l'âge adulte et continuant

1. Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

à s'exprimer dans l'âge avancé. Au sein de cette population, les symptômes psychocomportementaux sont fréquents et les troubles psychiatriques interagissent souvent avec les troubles neurocognitifs. Ainsi, la psychiatrie du sujet âgé propose une approche spécifique des troubles psychocomportementaux. Celle-ci est complémentaire de celles de la gériatrie et de la neurologie.

POURQUOI CET OUVRAGE ET À QUI S'ADRESSE-T-IL ?

En tant que psychiatres travaillant au contact des personnes âgées, nous sommes quotidiennement confrontés aux troubles psychocomportementaux, et nous savons combien de tels troubles peuvent mettre en difficulté. Nous avons écrit ce livre pour transmettre ce que nous avons appris au cours de notre pratique sur la relation avec les personnes concernées et sur la façon de s'adapter à ces symptômes. Des échanges avec les collègues de différentes professions confrontés aux mêmes situations ont ensuite nourri notre propos.

Cet ouvrage s'adresse à tous les acteurs intervenant auprès de personnes âgées, qu'ils soient professionnels du soin (infirmières, aides-soignantes, médecins...) ou de l'accompagnement (assistantes sociales, auxiliaires de vie sociale...).

QUEL EN EST LE CONTENU ?

Nous proposons en première partie l'analyse de sept situations cliniques où la rencontre entre une personne âgée et un professionnel est perturbée par un symptôme psychocomportemental. Sept symptômes sont illustrés à travers ces histoires : l'apathie, l'anxiété, l'agressivité, la dysphorie, les délires et hallucinations, la désinhibition, et les comportements moteurs aberrants. Nous les avons choisis, car ils sont fréquemment rencontrés. Toutes les situations relatées présentent une intrication neuropsychiatrique,

c'est-à-dire qu'elles ont probablement une cause double, neurologique et psychiatrique. Elles reflètent ainsi la réalité complexe du terrain. Chaque récit est analysé du côté du professionnel et du côté du patient, puis se termine par une proposition d'ajustement relationnel.

La deuxième partie est plus générale. Elle pose les principes relationnels utiles à l'accompagnement des personnes âgées. Après quelques derniers conseils, des ressources pour aller plus loin et la liste des sigles complètent le livre.

COMMENT L'UTILISER ?

Cet ouvrage a été conçu pour être lu d'une seule traite en commençant par le début. Le lecteur peut aussi l'utiliser à sa guise, comme une boîte à outils : les vignettes cliniques de la première partie peuvent l'aider lorsqu'il est confronté à un symptôme particulier ; tandis que la deuxième partie lui sera utile pour ajuster son approche relationnelle aux personnes âgées.

Sept symptômes courants

Chaque chapitre de cette partie est consacré à un symptôme psychocomportemental et suit le même plan. Il débute par le récit d'une rencontre difficile entre un professionnel et une personne âgée vulnérable. Nous décrivons ensuite le vécu probable des protagonistes. Puis, nous faisons une lecture du symptôme selon trois axes : trouble psychiatrique, trouble neurocognitif et traits de personnalité dominants. On entend par traits de personnalité des modalités de pensée, de perception, de réaction et de relation qui sont relativement stables dans le temps. Dans ce livre, nous nous référons à la classification du DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Enfin, un ajustement relationnel est proposé et illustré au travers de la suite du récit.

L'APATHIE

Un monsieur peu réactif

Monsieur F. a 72 ans et vit seul chez lui. Depuis plusieurs mois, sans raison apparente, il n'arrive plus à assumer les activités de la vie quotidienne dans son appartement. Cet ancien ingénieur célibataire n'a pas d'enfants. Il est proche de sa sœur âgée de 80 ans qui vient le voir régulièrement, mais qui se sent dépassée pour lui venir en aide.

Karine a 38 ans. Elle est assistante sociale au dispositif d'appui à la coordination (DAC) du territoire. Elle reçoit un courrier du médecin de Monsieur F. demandant la mise en place d'aides à domicile. Le courrier précise les antécédents médicaux du patient : une hypertension artérielle, de l'arthrose lombaire et un trouble de l'usage de l'alcool résolu depuis plusieurs années. Karine programme une visite à domicile. Faute de réussir à joindre Monsieur F. par téléphone, elle lui laisse un message vocal pour indiquer sa date d'intervention en précisant qu'elle souhaite que la sœur soit présente. Elle s'assure auprès du médecin traitant que l'information est bien parvenue au patient.

Le jour dit, Karine réussit à être ponctuelle malgré un trafic dense. Elle attend longtemps sur le palier avant qu'un vieil homme entrouvre la porte avec lenteur. Celui-ci tient une béquille, il a le dos voûté et les traits figés.

— Bonjour monsieur, je suis Karine, assistante sociale, annonce-t-elle en souriant sous son masque.

— Ah oui... Bonjour.

Le visage émacié et les vêtements amples du vieil homme font penser qu'il a perdu du poids récemment.

— Votre sœur est-elle présente ou bien va-t-elle nous rejoindre ? demande Karine.

— Ah... Ma sœur... J'ai oublié de lui dire.

— D'accord, ce n'est pas grave, répond l'assistante sociale en voulant masquer sa contrariété. Où puis-je m'installer ?

— Comme vous voulez, répond machinalement le vieil homme.

— Dans le salon, peut-être ?

— Si vous voulez.

Arrivée dans le salon, Karine demande à Monsieur F. de bien vouloir éteindre la télévision. Elle remarque qu'il parvient à marcher sans sa béquille lorsqu'il est distrait.

— Bien, on va pouvoir commencer, annonce-t-elle. Tout d'abord, est-ce que vous avez des questions ou des demandes ?

Monsieur F. reste silencieux plusieurs secondes avant de répondre d'une voix inerte :

— Non, je ne vois pas.

« Ça commence fort », pense Karine. Durant la suite de l'entretien, chaque question posée donne lieu à de grands silences suivis d'une réponse laconique. Monsieur F. est peu informatif et se montre passif dans l'échange. Les minutes passent et l'assistante sociale n'arrive pas à cerner la situation de ce patient qui lui fait prendre du retard dans son planning. En parallèle, elle a la désagréable impression qu'il s'en remet totalement à elle. Au bout d'une énième réponse évasive, elle finit par lui lancer avec énervement :

— Bon, Monsieur F., il va falloir y mettre du vôtre parce que, sinon, on ne va pas y arriver !

Un silence s'ensuit, puis le vieil homme lâche d'une voix terne :

— Je sais... Je vous fais perdre votre temps.

La colère de Karine se transforme alors en culpabilité. Elle essaie de le rassurer et termine tant bien que mal son intervention. Elle convient d'un prochain rendez-vous, en présence de la sœur cette fois, mais elle appréhende déjà de retrouver ce patient.

Éléments d'explication

LES RESSENTIS DES PROTAGONISTES

Pour Karine : de la frustration

Dès le départ, Karine doit redoubler d'efforts pour entrer en contact avec un Monsieur F. qui est injoignable par téléphone. Lorsqu'elle constate que le vieil homme n'a pas pris la peine de prévenir sa sœur, en dépit de sa demande, cela lui donne le sentiment de ne pas être considérée. Dans le premier temps de l'entretien, elle ressent une résistance passive de la part de Monsieur F.

Cela l'empêche d'effectuer son travail et la frustré d'autant plus qu'elle aurait voulu faire la preuve de son efficacité. Cette frustration génère de la colère qui s'accumule progressivement jusqu'à s'adresser au vieil homme. Malheureusement, au lieu de se redresser comme elle l'avait espéré, Monsieur F. s'affaisse un peu plus. Karine se sent coupable et imagine qu'une collègue ferait mieux qu'elle. Si elle le pouvait, elle se désengagerait de cette prise en charge.

Pour Monsieur F. : de la culpabilité

En entendant que quelqu'un sonne chez lui, Monsieur F. s'inquiète et se demande qui peut bien venir le voir. Lorsqu'il découvre Karine, il prend conscience de son oubli et se reproche de ne pas avoir prévenu sa sœur. Au cours de l'entretien, il constate qu'il ne sait pas répondre aux questions, pourtant simples, de l'assistante sociale. Ses pensées sont floues et il n'arrive pas à les mettre en ordre. Pour lutter contre ce sentiment d'incapacité, il essaie de donner le change. Il donne des réponses évasives plutôt que de dire qu'il ne sait pas, et minimise ses difficultés plutôt que de convenir qu'il a besoin d'aide. Lorsque Karine lui adresse la colère qu'elle a accumulée, le sentiment d'être un poids pour les autres lui apparaît brutalement. Il culpabilise un peu plus et se dit que la prochaine fois, il laissera sa sœur parler à sa place.

LECTURE SYMPTOMATIQUE

Le principal symptôme psychocomportemental présenté par Monsieur F. est l'**apathie**. L'apathie est caractérisée par trois composantes :

- une hyporéactivité aux stimuli émotionnels (composante affective) ;
- une diminution des comportements dirigés vers un but (composante comportementale) ;

– et un déficit d’initiation (composante cognitive), c’est-à-dire une difficulté à amorcer une action.

HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

Trouble psychiatrique

D’après sa sœur, Monsieur F. a récemment délaissé ses centres d’intérêt, l’informatique et le bricolage. Il manifeste peu de plaisir lorsqu’elle lui rend visite. Il a perdu du poids et se plaint davantage de ses douleurs lombaires. Monsieur F. manque d’énergie et se replie sur lui-même. Ces symptômes sont présents depuis un mois. Ils sont en faveur d’un **épisode dépressif caractérisé**.

Trouble neurocognitif

Depuis un an, Monsieur F. a de plus en plus d’oublis et de difficultés à se concentrer. À certains moments de la journée, ses pensées s’emmêlent et il se sent perdu. Il rencontre des difficultés croissantes à organiser son quotidien et à prendre des initiatives. Ces éléments sont compatibles avec un **trouble neurocognitif d’origine alcoolique**, c’est-à-dire lié à la toxicité neuronale de l’alcool.

Traits de personnalité dominants

La sœur de Monsieur F., qui a huit ans de plus que lui, rapporte qu’il présente un besoin important d’être aidé, et ce, « depuis toujours ». Elle explique que leur mère est morte quand il avait cinq ans et que c’est elle qui s’est occupée de lui. Elle dit qu’il a toujours rencontré des difficultés à prendre des décisions, y compris dans son travail d’ingénieur où il avait souvent recours à l’avis de son supérieur hiérarchique. Ces éléments sont en faveur de traits de la personnalité **dépendante**.

Proposition d'ajustement relationnel

Si Monsieur F. se montre peu impliqué ou encore sujet aux oublis, ce n'est pas par manque de considération envers Karine. Son apathie est l'expression d'une pathologie. La reconnaître en tant que symptôme est la première étape pour ajuster sa posture relationnelle.

S'ADAPTER AU SYMPTÔME

Face à l'apathie, il est conseillé de se montrer dynamique, d'aider la personne à amorcer les actions, de l'accompagner et de la valoriser.

S'ADAPTER À LA MALADIE

– Lors d'un épisode dépressif caractérisé, il existe souvent une perte d'estime de soi, une culpabilité intense et une baisse majeure du niveau d'énergie. Face à une personne souffrant de dépression, une approche relationnelle efficace consiste à valoriser la personne, à l'écouter de façon active et à la stimuler avec bienveillance.

– Dans le cadre de troubles neurocognitifs d'origine alcoolique, il existe un syndrome dysexécutif. Cela se traduit par des difficultés d'organisation, de planification et de mémorisation des informations récentes. Un moyen de s'adapter à ces troubles est de simplifier son discours, en privilégiant les phrases courtes et les tournures affirmatives. Par exemple, « je risque de ne pas avoir le temps de m'occuper de votre dossier avant la fin de semaine » peut être simplifié en « votre dossier sera prêt vendredi ».

Découvrez la suite en commandant l'ouvrage [sur notre site](#)