Psychologie du sujet âgé malade

Dr Michel BENOIT

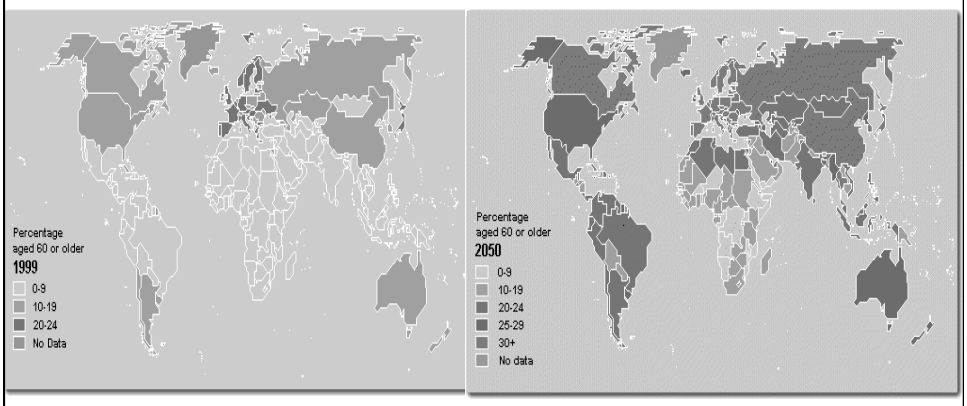
Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale
Pole des Neurosciences Cliniques
Hôpital Pasteur – CHU de Nice

Qu'est ce qu'être vieux?



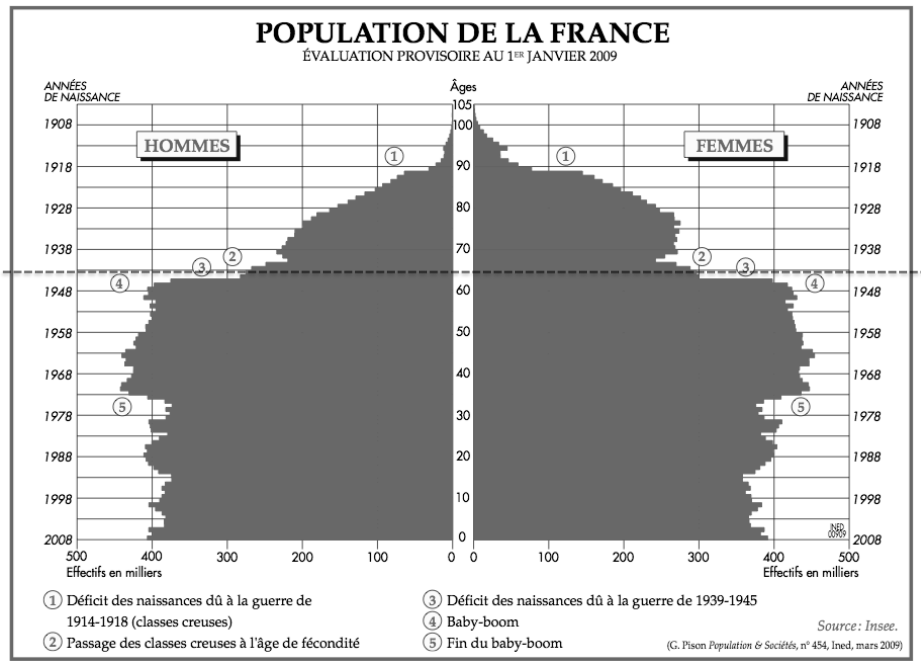
- **Définitions**
  - Statistique
    - Dépasser un âge arbitraire: 65ans ?
    - Selon l'espérance de vie
  - Fonctionnelle
    - Vieillissement physiologique: déficit progressif de certaines facultés physiques et mentales (psychométrie, biométrie)
  - Social (désengagement)
    - Changement de statut social et familial lié à l'âge
    - Influences sociétales ++
- **La vision négative de la vieillesse déforme les attitudes**

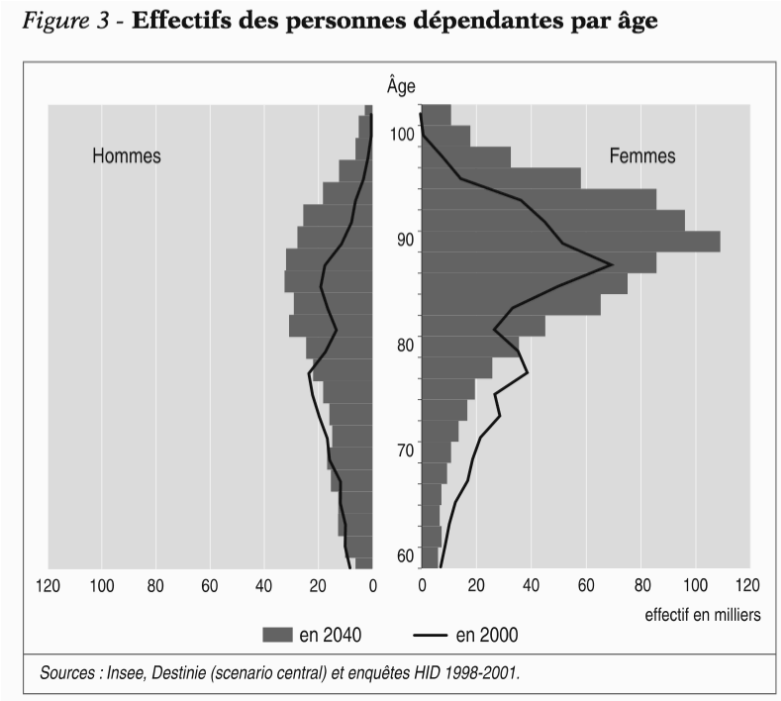
Estimation de la croissance de la population âgée



Les personnes âgées en france

- **Poids démographique de personnes âgées (16 millions > 65 ans), et de la nécessité de soins**
- **Augmentation des comorbidités somatiques et psychiatriques, des facteurs sociaux**
  - Risque iatrogénique élevé
- **Niveau d'accès aux spécialistes de la santé mentale plus faible (alors que plus élevé dans autres spécialités)**


POPULATION DE LA FRANCE
ÉVALUATION PROVISOIRE AU 1ER JANVIER 2009
ANNÉES DE NAISSANCE
Âges
HOMMES
FEMMES
1908
1918
1928
1938
1948
1958
1968
1978
1988
1998
2008
105
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
500 400 300 200 100 0
0 100 200 300 400 500
Effectifs en milliers
Effectifs en milliers
1 Déficit des naissances dû à la guerre de 1914-1918 (classes creuses)
2 Passage des classes creuses à l'âge de fécondité
3 Déficit des naissances dû à la guerre de 1939-1945
4 Baby-boom
5 Fin du baby-boom
Source : Insee.
(G. Pison Population & Sociétés, n° 454, Ined, mars 2009)


Figure 3 - Effectifs des personnes dépendantes par âge
Âge
Hommes
Femmes
100
90
80
70
60
120 100 80 60 40 20 0
0 20 40 60 80 100 120
effectif en milliers
en 2040
en 2000
Sources : Insee, Destinie (scenario central) et enquêtes HID 1998-2001.

Modalités classiques de vieillissement

- **vieillissement « habituel » avec déficit de certaines fonctions mais sans pathologies définies**
- **vieillissement « réussi » avec absence de déficits et de pathologies majeures: 12-33%**
  - Ouvre la place au jeunisme
- **vieillissement avec pathologies et/ou handicaps**
  - Fréquence croissante par allongement de l'espérance de vie
  - Tend à définir le vieillissement habituel actuel

Modifications de la personnalité

- **Vision adultomorphe ancienne (Minkowski 1938):**
  - *« modifications du caractère qui, constatées d'une façon objective par les autres, échappent plus ou moins au sens critique du sujet lui-même : avarice, méfiance, attitude hargneuse, rétrécissement des intérêts, instabilité relative, égoïsme. »*
- **Vision moderne objective**
  - Stabilité relative de la personnalité
  - Caractère moins « énergique »
  - Tendances à l'aménité, à la modestie

Signes de vieillissement normal

- **Diminutions de l'adaptation**
  - Attachement aux habitudes
  - Moindre énergie pour changement
  - Mais mécanismes antérieurs d'adaptation perdurent
- **Modifications de motivation**
  - Objectifs plus modestes
  - Pas de perte vraie des objectifs antérieurs
  - Motivation conservée voire accrue pour soins

Comportements

- **Activité moindre en qualité, moins orientée vers la réalisation d'objectifs, recherche de satisfaction personnelle**
- **Relations affectives et sociales différentes**
  - Modifications dans dynamique du couple
  - Investissement personnes du même âge
  - Recherche de vision sécurisante de l'environnement
- **Modifications de la temporalité**
- **Sexualité et activité créatrice dépendant de celles antérieures**

La personne âgée cumule les risques

- **Biologiques**
  - Age
  - Facteurs cardio vasculaires, cérébro-vasculaires
  - Alcool, Tabac
  - Handicaps physiques
  - Perte d'autonomie
- **Psychologiques**
  - Troubles cognitifs
  - Tendances dépressives
  - Facteurs de stress: pertes, deuils

Et les facteurs de risque psychosociaux…

- **Perte du privilège de séniorité, rôle social et familial moins établi**
- **Statut économique plus précaire**
- **Stimulations sociales moindres (≠ selon régions)**
- **Santé des proches, du conjoint**
- **Changements subis (départ retraite anticipée, déménagements, placement en institution)**
- **Perte de la vision dynamique du vieillissement qui est trop conçu comme une pathologie**

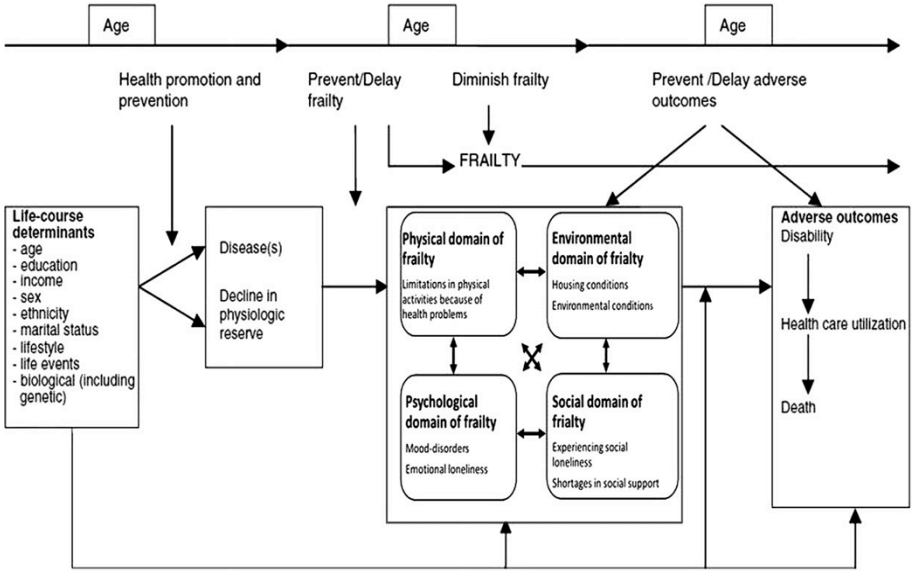
Facteurs sociétaux

- **Démographie gériatrique croissante dans le Sud**
  - migration Nord > Sud, préférences migratoires dans le bassin méditerranéen
  - Influences de modèles familiaux méditerranéens
- **Relations intergénérationnelles: entre stabilité et paradoxe**
  - Persistance modèle de solidarité familiale (S): préserver les relations
  - Croissance du modèle individualiste de séparation (N): entretenir l'autonomie
- **Evolution des seuils imposés**
  - Dont âge de la retraite (« se retirer »)

Facteurs de perte d'autonomie

- **Propres à la pathologie pré-existante (trouble de la personnalité, caractère dépendant)**
- **Propres au vieillissement pathologique physique et psychique, aux maladies**
- **Facteurs induits par la prise en charge et la vision de la vieillesse ++**

Un modèle de fragilité ?



(De Witte, 2013), d'après Gobbens et al. (2010)

Les maladies sont fréquentes après 65 ans !

- **Somatiques**
  - Banalisation de nombreuses pathologies
  - Handicap moteur et sensoriel: devenu la règle?

- **« Psychiatriques »**
  - > 4,6 % de déficits cognitifs pathologiques
  - 13,5 – 20 % de dépression
  - 3,7 % d'anxiété généralisée
  - 10 % de troubles phobiques

Existe-t-il une recette du bien vieillir ?

- **Modèle intégratif à six facteurs**
  - Acceptation de soi
  - Existence de bonnes relations avec autrui
  - Maintien d'une autonomie
  - Maîtrise de son environnement
  - Poursuite d'objectifs
  - Recherche d'un certain épanouissement personnel

Ryff 1982, 1989

Les problèmes psychologiques dans chez la personne âgée

« Troubles du comportement » fréquents chez la personne âgée

- **Ensemble hétérogène**
  - Par étiologie
  - Par fréquence et gravité
  - Par contexte de survenue
- **Focalisation sur troubles au cours des affections neuropsychiatriques**
- **Très peu de traitements codifiés (AMM)**

La personne est parfois jugée « méchante »

- **une façon d'être, une « réponse » pour maîtriser un environnement hostile et affirmer son pouvoir sur les autres**
- **comportement jugé pathologique**
  - propos désobligeants ou humiliants
  - harcèlement (/aides..) cruauté
  - faux-pas, actes violents, négligenc



Un motif fréquent (et caché) de demande d'avis

- ***« pénible… intolérant… ne supportant pas les conseils… ne respectant pas le personnel, les consignes… désobligeant… violent… insultant… querelleur… cherche dispute… opposant… nous met en échec… crée un mauvais climat… agressif… violent… menace… »***

- **en l'absence fréquente d'évaluation structurée**

Trois caractéristiques à prendre en compte

1. **Age**
   - le temps modifie les troubles psychiques préexistants,
   - met en évidence des pathologies anciennes jadis compensées,
   - modifie le rapport au monde (*« un immigré dans le temps »*)
2. **Intrication des troubles psychiques, somatiques, socio-familiaux**

Trois caractéristiques fréquentes (suite)

3. **Dynamisme spécifique au sujet âgé**
   - ***Tendance à la régression:*** recherche de maternage et de dépendance
   - ***Tendance au repli narcissique:*** installation et refuge dans la maladie
   - ***Tendance à une apparente diminution de la libido:*** rend plus difficile toute mobilisation thérapeutique.

EN CAS DE TROUBLE « PSYCHIATRIQUE »

1. **Des pathologies plus fréquentes chez la personne âgée**
2. **Des pathologies vieillies**
3. **Des difficultés d'adaptation**

1. Pathologies « spécifiques » associées au vieillissement

- **Notamment neuropsychiatriques, car s'appuyant parfois sur modèle anatomo-clinique (ex. Démences)**
  - Abordées de façon hétérogène par gériatrie, neurologie, psychiatrie, santé publique
  - Avec des modèles faiblement intégratifs
- **Mais aussi psychiatriques**
  - troubles thymiques, anxieux, cognitifs, psychotiques d'émergence tardive
  - Poids de la dépression, et du risque suicidaire ++

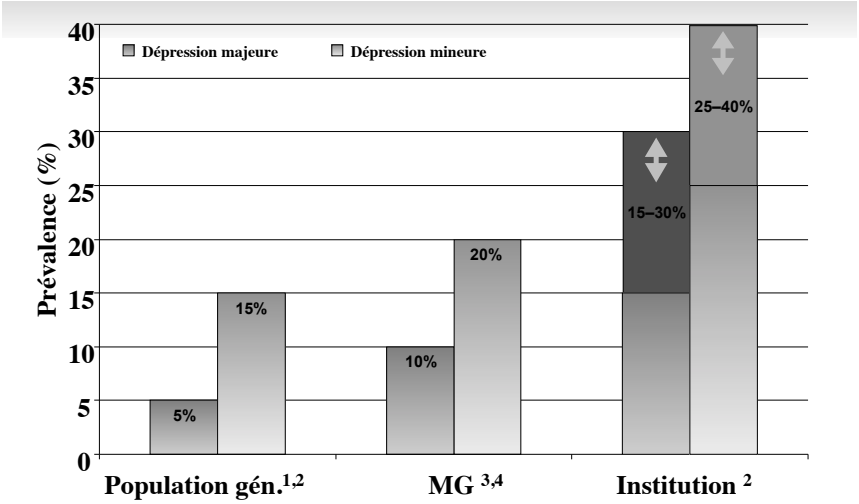
Ex de méconnaissance: Dépression

- **La dépression chez la personne âgée.**
  - À distinguer du vieillissement normal (deuils et crise du vieillissement)
  - Non attribuable automatiquement à la pathologie déclenchante
  - Influence de facteurs sociologiques et familiaux

Prévalence de la dépression après 65 ans

- **Episode dépressif majeur**
  - A domicile 1 à 2%
  - En EHPAD 13%
- **Symptômes dépressifs**
  - A domicile 13 à 27 %
  - En EHPAD 20%
- **60 à 70% des symptômes dépressifs des personnes âgées seraient négligés, méconnus ou mal traités**
- **Elle diminue la durée de vie, augmente le recours aux soins, la perte d'autonomie**
- **Chez la personne âgée elle est associée à des risques somatiques, fonctionnels et suicidaires élevés**

Prévalence de dépression chez les personnes âgées

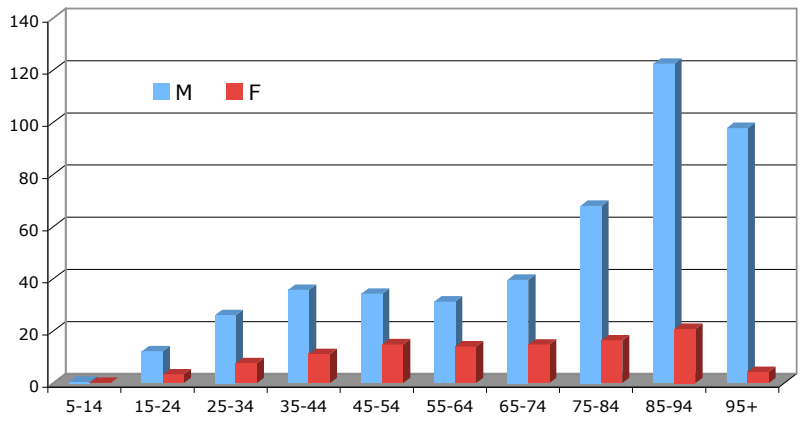


1. Gallo & Lebowitz. Psychiatric Services 1999; 50: 1158–1166; 2. Djernes. Acta Psychiatr Scand 2006; 113: 372–387; 3. Friedman et al. Am J Geriatr Psychiatry 2007; 15: 28–41; 4. Zung et al. J Fam Pract 1993; 37 (4): 337–344

Particularités de la dépression de la P.A.

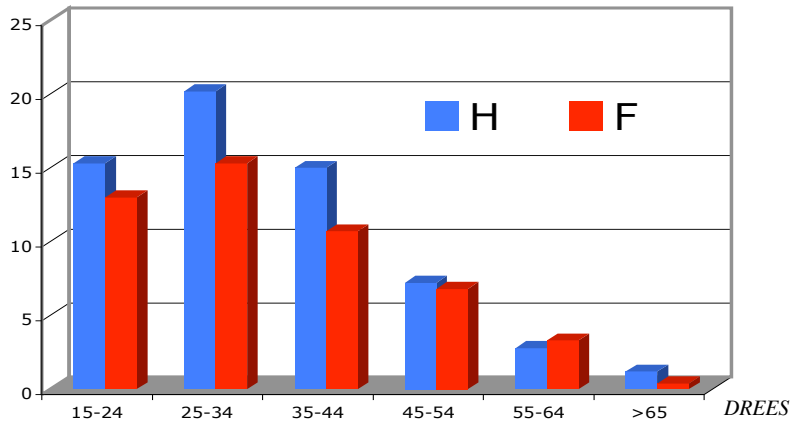
- Dépression le plus souvent à début tardif, sans antécédents
- Expression moindre de la tristesse
- Plaintes somatiques fréquentes, douleurs++ (forme de dépression masquée)
- Plainte mnésique, voire troubles cognitifs avérés
- Anxiété et/ou troubles du caractère plus marqués (dépression hostile, anxieuse)
- Apathie souvent associée

TAUX DE SUICIDE/100 000 HABITANTS (FRANCE)



Part du suicide dans la mortalité

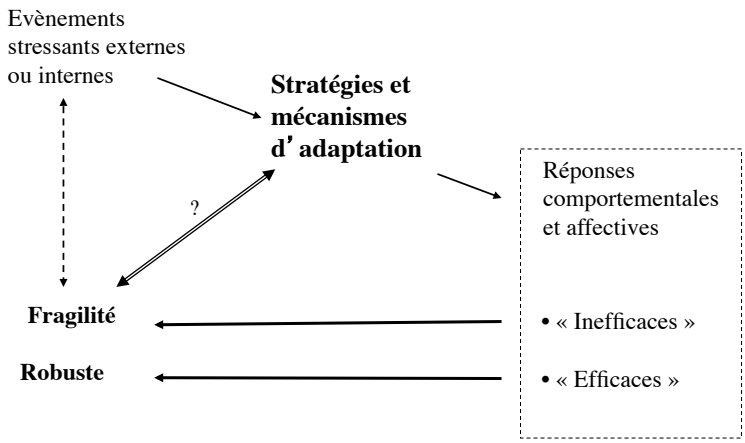
% de l'ensemble des décès de la tranche d'âge (FNORS) - Taux moyen annuel



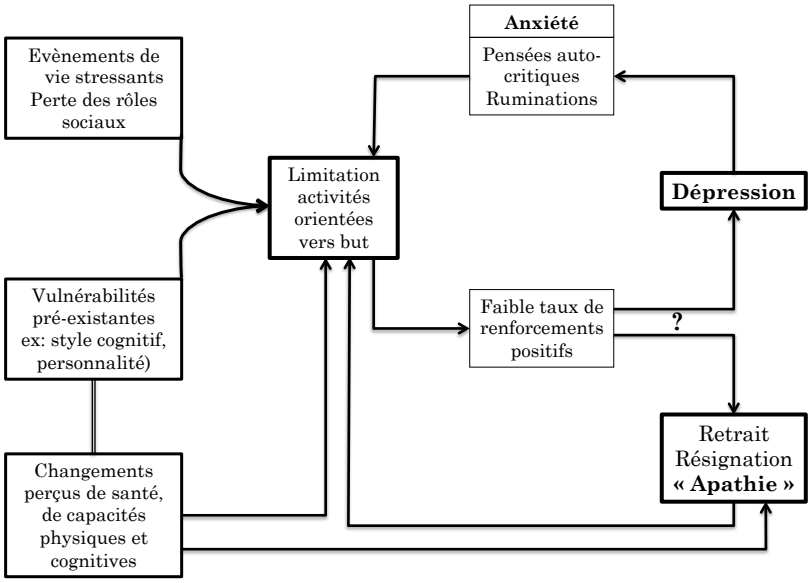
2. Pathologies psychiatriques vieillies de l'adulte

- **Rarement abordées**
  - La majorité des essais excluent les plus de 60-65 ans
  - Tendance à sous-estimer le poids relatif de ces pathologies chez l'âgé / autres pathologies
- **Modalités évolutives mal connues après 60 ans**
- **Très peu de recommandations cliniques et thérapeutiques spécifiques**

3. Une mauvaise adaptation au vieillissement ?



Ex. de modèle dynamique



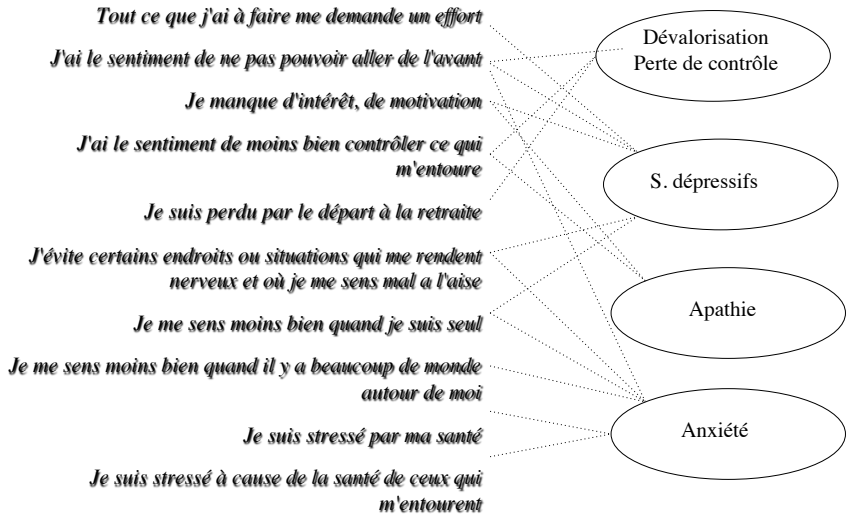
d'après Fiske, A. et al. Annu Rev Clin Psychol, 2009. 5: 363-89

Comment bien prendre en charge à un niveau psychologique la personne âgée, « prendre en soin » ?

Quelques principes actuels

- **Considérer la personne dans ses multiples aspects, rompre l'isolement**
- **Evaluer, dépister, ré-évaluer**
  - *« L'évaluation tient le soin sous sa coupe »*
- **Soigner: compenser plus que réparer**
- **Savoir être bientraitant**
- **Apprendre à ne pas être maltraitant**
- **Etre ambitieux, mais pressentir les limites**

Questionner sur les symptômes affectifs



Quelques axes du « prendre soin »

1. **Un environnement adapté au patient**
2. **Soutien et information aux aidants**
3. **Soutien et formation des professionnels**
4. **La formation aux recommandations de dépistage et de prise en charge des pathologies neuro-psychiatriques**
5. **Améliorer la gestion dans les situations à risque pour la personne, pour l'environnement**

1. Un environnement adapté au patient, autour d'un projet

- **Aménagement de l'environnement**
  - spatial: lutte contre déambulation, stress
  - temporel:
    - emploi du temps stable et familier
    - exposition à la lumière, activité physique et augmentation de la température du corps
  - humain
- **En priorité, celui auquel il s'est adapté ou souhaite s'adapter…**

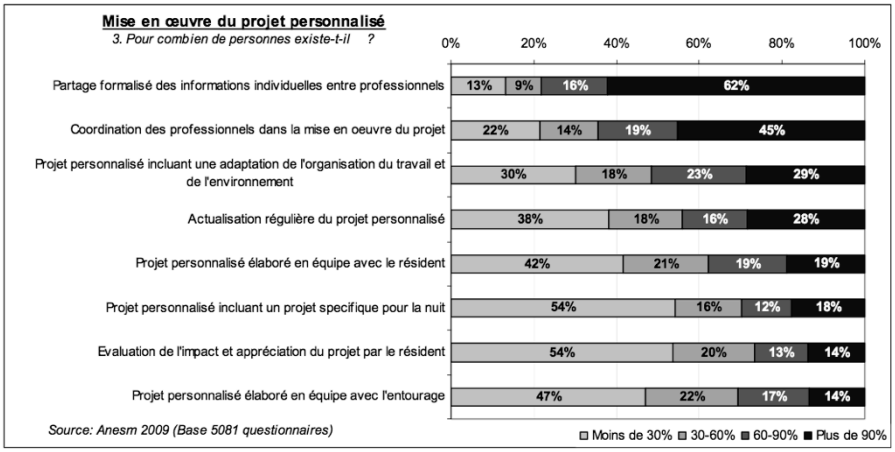
A ÉVITER

- **Sur-stimulation ou sous-stimulation**
- **Éclairage défectueux**
- **Bruits intempestifs**
- **Modifications brutales de l'environnement**
- **Déménagements, déplacements répétés**
- **Infantilisation, familiarité déplacée...**

Un milieu inadapté ou des attitudes inadaptées des proches peut contribuer à l'apparition de SPC ou les aggraver.

Personnalisation du projet en EHPAD

Ce n'est pas toujours la règle, alors que c'est un principe essentiel



2. Soutien et information aux aidants

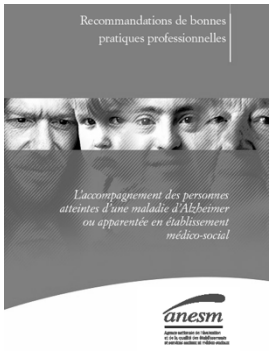
- **Objectifs**
  - encourager leurs attitudes positives
  - augmenter leur sentiment d'efficacité
  - diminuer leur sentiment de fardeau
  - favoriser leur bien-être
  - utiliser au mieux les ressources humaines et matérielles potentielles.

2. Soutien et information aux aidants

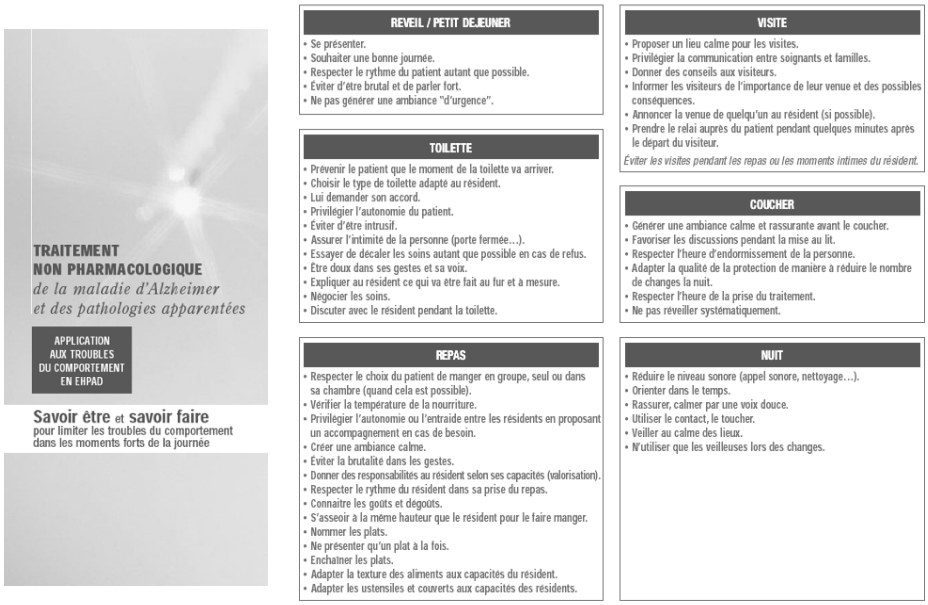
- **Moyens**
  - Favoriser les relations (bonnes) entre le patient et l'aidant
  - Essayer de respecter le modèle « hiérarchique compensatoire »
  - Améliorer leur repérage des facteurs favorisant les troubles, leur compréhension, favoriser les attitudes relationnelles bienveillantes
  - Les inciter à agir, les aider à trouver des aides
  - Veiller à la prise en charge de leur santé physique et psychologique

3. Soutien et formation des professionnels

- « savoir être » et « savoir faire », à la base de l'approche de « bientraitance »
- Les actions préventives médicales et soignantes
- La connaissance des risques de iatrogénie et de maltraitance



Ex. de savoir-être et savoir-faire



TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE
de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées

APPLICATION AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT EN EHPAD

Savoir être et **savoir faire**
pour limiter les troubles du comportement dans les moments forts de la journée

REVEIL / PETIT DEJEUNER
- Se présenter.
- Souhaiter une bonne journée.
- Respecter le rythme du patient autant que possible.
- Éviter d'être brutal et de parler fort.
- Ne pas générer une ambiance "d'urgence".

TOILETTE
- Prévenir le patient que le moment de la toilette va arriver.
- Choisir le type de toilette adapté au résident.
- Lui demander son accord.
- Privilégier l'autonomie du patient.
- Éviter d'être intrusif.
- Assurer l'intimité de la personne (porte fermée…).
- Essayer de décaler les soins autant que possible en cas de refus.
- Être doux dans ses gestes et sa voix.
- Expliquer au résident ce qui va être fait au fur et à mesure.
- Négocier les soins.
- Discuter avec le résident pendant la toilette.

REPAS
- Respecter le choix du patient de manger en groupe, seul ou dans sa chambre (quand cela est possible).
- Vérifier la température de la nourriture.
- Privilégier l'autonomie ou l'entraide entre les résidents en proposant un accompagnement en cas de besoin.
- Créer une ambiance calme.
- Éviter la brutalité dans les gestes.
- Donner des responsabilités au résident selon ses capacités (valorisation).
- Respecter le rythme du résident dans sa prise du repas.
- Connaitre les goûts et dégoûts.
- S'asseoir à la même hauteur que le résident pour le faire manger.
- Nommer les plats.
- Ne présenter qu'un plat à la fois.
- Enchaîner les plats.
- Adapter la texture des aliments aux capacités du résident.
- Adapter les ustensiles et couverts aux capacités des résidents.

VISITE
- Proposer un lieu calme pour les visites.
- Privilégier la communication entre soignants et familles.
- Donner des conseils aux visiteurs.
- Informer les visiteurs de l'importance de leur venue et des possibles conséquences.
- Annoncer la venue de quelqu'un au résident (si possible).
- Prendre le relai auprès du patient pendant quelques minutes après le départ du visiteur.

Éviter les visites pendant les repas ou les moments intimes du résident.

COUCHER
- Générer une ambiance calme et rassurante avant le coucher.
- Favoriser les discussions pendant la mise au lit.
- Respecter l'heure d'endormissement de la personne.
- Adapter la qualité de la protection de manière à réduire le nombre de changes la nuit.
- Respecter l'heure de la prise du traitement.
- Ne pas réveiller systématiquement.

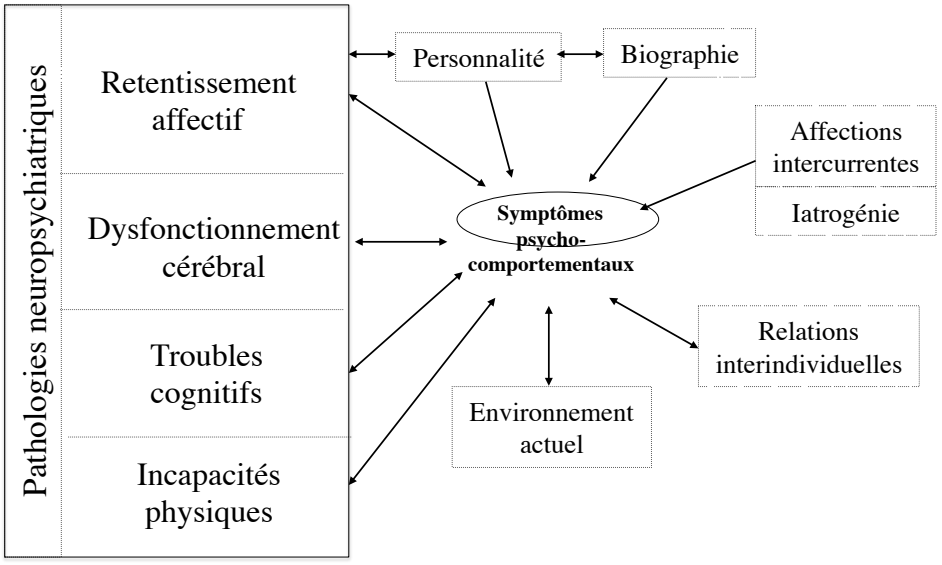
NUIT
- Réduire le niveau sonore (appel sonore, nettoyage…).
- Orienter dans le temps.
- Rassurer, calmer par une voix douce.
- Utiliser le contact, le toucher.
- Veiller au calme des lieux.
- N'utiliser que les veilleuses lors des changes.

4. Formation aux recommandations de prise en charge des pathologies neuro-psychiatriques

- **Dépister et traiter les troubles les plus fréquents**
  - dépression, anxiété
- **Eviter la résignation ou la maltraitance dans les pathologies sévères et/ou stigmatisantes**
  - Pathologies « neurologiques » (démences, troubles psycho-organiques..)
  - Pathologies psychiatriques chroniques (schizophrénies, troubles bipolaires, troubles sévères de personnalité)

Considérer toujours les causes possibles

(*Felix qui potuit rerum cognoscere causas…*)

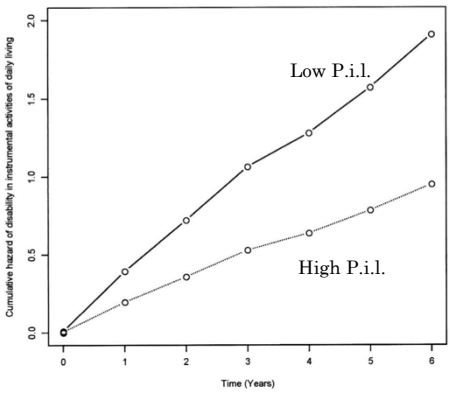


INFLUENCE DES FACTEURS DE PERSONNALITÉ

- **Dimension « *Purpose in life* »: aptitude à donner du sens à ses expériences, à intentionnalité et à recherche de buts**

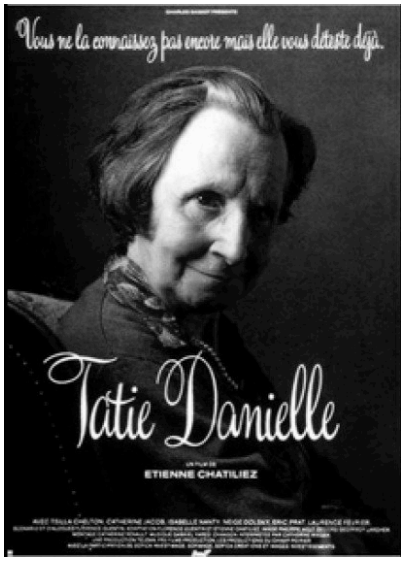
Covariate	IADLs: Hazard Ratio, 95% CI, Wald χ^2 ($df = 1$)	p
Global cognition	0.63 (0.45–0.89) 7.04	<0.001
Depressive symptoms	0.60 (0.43–0.86) 8.01	0.005
Neuroticism	0.68 (0.47–0.98) 4.16	0.030
Social networks	0.58 (0.41–0.82) 9.78	0.002
Income	0.57 (0.42–0.79) 11.47	<0.001
Physical frailty	0.59 (0.42–0.84) 8.93	0.002
Vascular risk factors	0.56 (0.40–0.80) 11.10	<.001
Vascular diseases	0.56 (0.40–0.78) 11.54	<0.001

IADL: instrumental activities of daily living.



Boyle PA et al. Am J Geriatr Psychiatry 2010. 18(12):1093-1102

Interaction vulnérabilité-personnalité-environnement

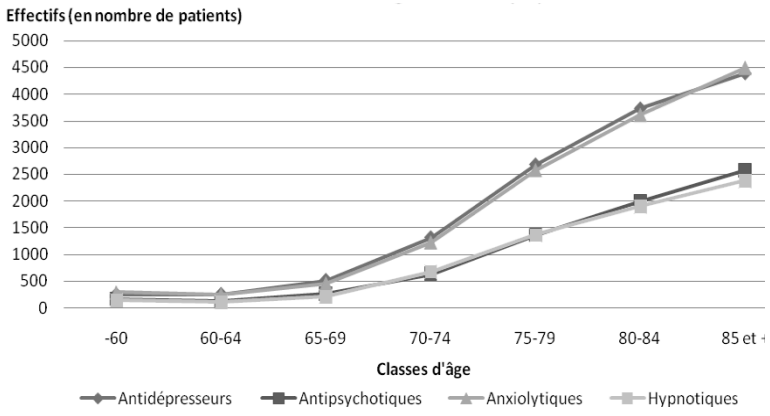


- **Veuve, Danielle Billard est une vieille dame aigrie et acariâtre. Elle vit dans sa maison d'Auxerre avec Odile, sa bonne à tout faire à qui elle en fait voir de toutes les couleurs. Le jour où cette dernière meurt, ses gentils neveux, Jean-Pierre et Catherine, recueillent Tatie Danielle dans leur appartement parisien. Elle se croit tout permis et transforme leur vie quotidienne en cauchemar, ravie d'avoir trouvé de nouvelles victimes. Les neveux décident de la faire garder pendant leurs vacances en Crète. Ils embauchent une jeune fille, Sandrine, qui ne se laisse pas faire. Têtue, Sandrine réussit à l'amadouer. Elles deviennent même complices jusqu'à l'arrivée d'un américain qui va tout gâcher. A la suite d'une violente dispute, Sandrine abandonne Tatie Danielle qui se venge en saccageant**

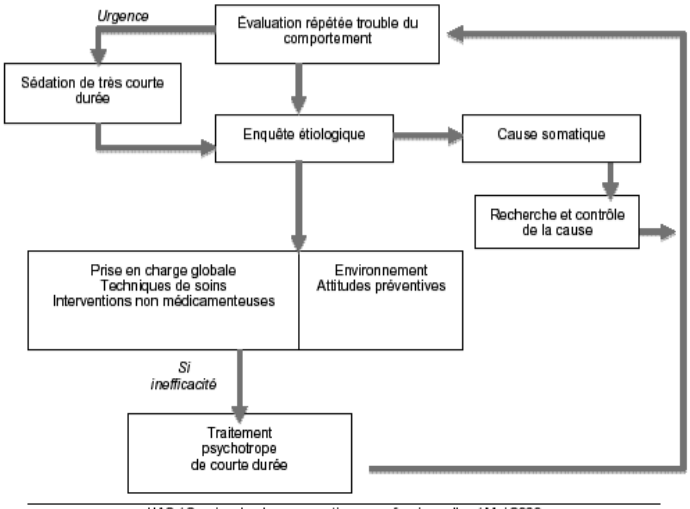
5. Améliorer la gestion dans les situations à risque pour la personne, ou pour l'environnement

Consommation psychotropes (Cohorte Paca-Alz)

73% ont eu au moins une délivrance de psychotrope dans l'année (2008)



PRENDRE EN CHARGE LES TROUBLES



HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mai 2009

13

Savoir faire avec un comportement « difficile »

- **Exemples d'attitudes de communication**
  - Eviter les différentes sources de distraction lors de la communication
  - Attirer l'attention du patient
  - Utiliser des phrases courtes
  - Eviter de transmettre plusieurs messages à la fois
  - Utiliser des gestes pour transmettre des messages
  - Répéter les messages
  - Préférer les questions fermées
  - Lui laisser du temps pour qu'il s'exprime

53

OPPOSITION - REFUS DE SOIN

À FAIRE

1. Être doux et adapter son comportement.
2. Essayer de décaler les soins autant que possible.
3. Être à l'écoute et prendre le temps de connaître la raison du refus.
4. Solliciter l'aide du patient, privilégier l'autonomie.
5. Demander à un autre membre du personnel d'assurer le soin.
6. Négocier afin d'assurer les soins prioritaires.

À NE PAS FAIRE

1. Infantiliser.
2. Faire la morale au résident.
3. Parler de façon autoritaire.
4. Réprimander.
5. Forcer le résident.
6. Utiliser des moyens de contention.

AGRESSIVITÉ

À FAIRE

1. Être doux.
2. Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
3. Être rassurant, sécurisant.
4. Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
5. Faire diversion.
6. Proposer une activité ou une promenade.
7. Proposer une collation ou une boisson.
8. Enlever les objets dangereux.
9. Assurer un périmètre de sécurité.
10. Demander de l'aide si besoin.
11. Isoler le patient.
12. Appeler le médecin.

À NE PAS FAIRE

1. Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang froid).
2. Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière…).
3. Se sentir blessé des propos tenus.
4. Montrer sa peur.
5. Infantiliser.
6. Adopter un ton supérieur ou autoritaire.
7. Tenter de raisonner le résident.
8. Faire des remarques humiliantes, mettre en échec.
9. Punir.
10. Utiliser des moyens de contention.

TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE
de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées

APPLICATION AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT EN EHPAD

À FAIRE ou À NE PAS FAIRE… dans toutes les situations

CHU - Nice

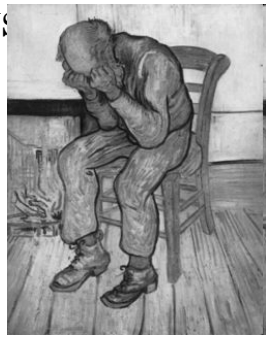
Université Nice SOPHIA ANTIPOLIS

FFAMCO EHPAD

- **Il est illusoire de penser qu'on peut améliorer**
  - la plupart des variables
  - chez la majorité des patients
  - avec UNE approche standardisée
  - pour des troubles et une affection multifactoriels
  - dans des environnements très hétérogènes
- **Un environnement de soins amélioré est toujours nécessaire**

- **Les comportements difficiles sont souvent rencontrés chez des personnes âgées dominantes, ou psychopathes, ou se sentant victimes**
  - *« Le pire con est le vieux con. On ne peut rien contre l'expérience. »* (Jacob BAUDE)
- **… mais bien souvent, peut être l'expression d'une difficulté d'adaptation au vieillissement**
- **… ou peut être une des expressions d'une pathologie neuropsychiatrique ou somatique mal contrôlée**

- **PLUS ON VIEILLIT**
  - PLUS ON DEVIENT UN INDIVIDU PUBLIC SOLITAIRE *(… un voyageur dans un pays étranger..)*
  - MOINS ON DECIDE
  - PLUS ON DECIDE POUR VOUS



Réponses éthiques à la vieillesse

- **Ex: Priorités du Plan Solidarité grand âge**
  - Libre choix du domicile, soutenir les aidants familiaux
  - Inventer la maison de retraite de demain
  - Adapter l'hôpital aux personnes âgées
  - Assurer le financement solidaire de la dépendance pour l'avenir
  - Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention
- **Mais surtout! : adaptation aux besoins ressentis**
  - Mieux connaître leurs attentes
  - Dépister leur souffrance psychologique
  - Eviter les attitudes extrêmes: surprotection infantilisante, résignation, rejet