

# **Soignants face à la prise en charge non médicamenteuse de l'agressivité en EHPAD**

**Directrice de mémoire :**

Parent Justine : Psychologue clinicienne

**Étudiants :**

Ramothe Fulberthe : Infirmière diplômée d'état

Guisset Camille : Infirmière diplômée d'état

Muke Mbaya Bijou : Médecin gériatre

## **Remerciements**

*Nous remercions Madame Parent Justine psychologue clinicienne d'avoir accepté d'être notre directrice de mémoire. Pour son accompagnement et ses précieux conseils dans notre réflexion tout au long de notre rédaction.*

*Nous remercions également Sylvie Delpraz infirmière qui faisait partie de notre groupe de travail au début et qui a malheureusement arrêté la formation pour des raisons personnelles. Elle nous a aidé dans notre réflexion de la problématique et l'élaboration du questionnaire.*

*Des remerciements s'imposent également aux soignants qui ont participé à l'enquête.*

*Pour terminer nous remercions nos familles qui nous ont accordé leur soutien et leur aide dans l'aboutissement de ce travail de recherche.*

## Sommaire

<b>Abréviation</b>	<b>p. 4</b>
<b>I. Introduction</b>	<b>p. 5</b>
<b>II. Définitions des troubles neurocognitifs et l'agressivité</b>	<b>p. 5</b>
<b>1. Les troubles neurocognitifs</b>	<b>p. 5</b>
a) Définition	p. 5
b) Épidémiologie	p. 6
<b>2. L'agressivité</b>	<b>p. 6</b>
a) Définition et origine de l'agressivité	p. 6
b) Le ressenti des soignants face à l'agressivité	p. 7
<b>III. Traitement médicamenteux et non médicamenteux</b>	<b>p. 8</b>
<b>1. Les traitements médicamenteux : Les psychotropes</b>	<b>p. 8</b>
a) Les anxiolytiques	p. 9
b) Les antidépresseurs	p. 9
• Les antidépresseurs de première génération	
• Les nouveaux antidépresseurs de deuxième génération	
c) Les hypnotiques	p. 10
d) Les antipsychotiques	
e) Les régulateurs de l'humeur	p. 10
f) Les psychotropes et la personne âgée	p. 11
<b>2. Les traitements non médicamenteux</b>	<b>p. 13</b>
a) Définition	p. 13
b) Différents types des traitements non médicamenteux	p. 13
• Les attitudes de communication	
• Les attitudes de soins	
• Environnement apaisant	
• Activités thérapeutiques	
• Interventions non médicamenteuses	
• La contention physique	

c) Recommandations et bonnes pratiques de l’HAS	p. 15
d) Les outils d’évaluation	p. 16
• Inventaire neuropsychiatrique (NPI)	
• Cohen -Mansfield agitation Inventory (CMAI)	
e) Intérêt du projet de vie individualisé	p. 16
<b>IV. Notre enquête</b>	<b>p. 16</b>
<b>1. Présentation de l'enquête</b>	<b>p. 16</b>
a) Choix de l’outil	p. 16
b) Lieux et populations ciblées de l’enquête	p. 17
<b>2. Analyse des résultats</b>	<b>p. 17</b>
<b>3. Les constats</b>	<b>p. 19</b>
<b>V. La discussion</b>	<b>p. 19</b>
<b>VI. Conclusion</b>	<b>p. 21</b>
<b>VII. Résumé / Abstract</b>	<b>p. 22</b>
<b>VIII. Bibliographie</b>	<b>p. 24</b>
<b>IX. Annexes</b>	<b>p. 25</b>
<b>1. Identification des comportements problématiques</b>	<b>p. 25</b>
<b>2. Échelle CMAI et NPI</b>	<b>p. 27</b>
<b>3. Questionnaire d’enquête</b>	<b>p. 32</b>
<b>4. Protocole d’agressivité</b>	<b>p. 36</b>

## **Abréviations**

**AMP** : Aide Médico Psychologique

**AVS** : Auxiliaire de Vie Sociale

**AS** : Aide Soignant

**CMAI** : Cohen-Mansfield Agitation Inventory

**EHPAD** : Établissement D'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDE** : Infirmier Diplômé d'État

**IRSNA** : Inhibiteur de Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

**ISRS** : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la sérotonine

**MAMA** : Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées

**NASSA** : Antidépresseur Noradrénergique et Sérotoninergique Spécifique

**NPI** : Neuro Psychiatrie Inventory

**SCPD** : Symptôme Comportementaux et Psychologique de la Démence

**TNC** : Troubles Neuro Cognitifs

## **I. Introduction**

Dans nos parcours professionnels de médecin et/ou d'infirmière en EHPAD, nous avons pu expérimenter des prises en charge difficiles de patients atteints de troubles neurocognitifs, présentant des formes d'agressivité, aussi bien vis à vis d'eux-mêmes que vis à vis des soignants. Les équipes soignantes se sentent souvent désarmées face à la violence, ne sachant pas comment réagir, assistant à la souffrance de la personne, s'interrogeant sur les moyens de sa prise en charge. Or fréquemment elles ont recours à un traitement médicamenteux.

Mais dans beaucoup de cas on s'est rendu compte que le traitement médicamenteux n'est pas la solution parfaite, qu'il ne répond pas surtout au "prendre soin" de la personne en souffrance. Ainsi on s'est retrouvée parfois démunie quant aux réponses de remédiation à proposer aux équipes soignantes.

- Quelles solutions de soin un futur médecin coordonnateur et /ou des infirmiers coordinateurs peuvent-ils apporter à la difficulté de prise en charge d'un patient violent ?
- Peuvent-ils mettre en place un nouveau protocole non médicamenteux en cas d'agressivité ?

Voilà le constat et les questions qui ont provoqué notre première réflexion. Ensuite, grâce à nos recherches bibliographiques et à nos échanges basés sur notre expérience, nous avons conclu que les traitements non médicamenteux étaient le concept et l'outil thérapeutique sur lesquels nous voulions axer notre étude, sans doute une des clés maîtresse de notre réponse à une violence incoercible autrement.

- Pourquoi les traitements non médicamenteux ne sont-ils pas envisagés en priorité dans la prise en charge de l'agressivité ?
- Quels est le sentiment des soignants face à cette situation ? Quels seraient les moyens concrets utiles pour les promouvoir ?

Ainsi, la problématique de notre mémoire a été posée :

- Quelle est la place du traitement non médicamenteux dans la prise en charge des patients atteints de troubles neurocognitifs présentant de l'agressivité par les soignants en EHPAD?

## **II. Définitions des troubles neurocognitifs et l'agressivité**

### **1. Les troubles neurocognitifs (TNC)**

#### a) Définition

Un trouble neurocognitif renvoie à la définition fournie par la traduction française du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie (DSM5 5-2013) publié en 2016.

Le trouble neurocognitif, qu'il soit léger ou majeur, est un syndrome défini comme un déclin d'une ou plusieurs fonctions cognitives. Ce déclin est significatif et évolutif, non expliqué par état confusionnel ou par une maladie mentale.

Plusieurs maladies peuvent être à l'origine d'un TNC : ce sont les maladies neurodégénératives (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, des lésions cérébrales traumatiques, une infection par le virus de l'immunodéficience humaine, une maladie à prions, une maladie de Parkinson ou de Huntington, etc.

Dans le groupe de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA) sont citées :

- L'encéphalopathie neuro-vasculaire
- La dégénérescence lobaire frontotemporale
- La maladie à corps de Lewy
- La maladie de Parkinson

Un TNC majeur (anciennement démence) est une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, suffisamment importante pour ne plus être capable d'effectuer seul les activités de la vie quotidienne ce qui entraîne une perte d'autonomie.

Un TNC léger est une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, mais avec des capacités préservées permettant d'effectuer seul les activités de la vie quotidienne

#### b) Epidémiologie

On estime à plus d'un million de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées aujourd'hui en France. Elles devraient être 1,3 million en 2024, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie.

Les femmes semblent être plus exposées, cette différence pourrait être liée aux écarts de l'espérance de vie.

On ne sait pas encore guérir cette maladie. La recherche scientifique s'active afin de trouver le remède. Les biothérapies sont source d'espoir.

## 2. L'agressivité

Au cours de l'évolution de la maladie, les patients atteints de troubles cognitifs peuvent développer des troubles du comportement qui viennent perturber leur qualité de vie et les relations avec leur entourage ou bien avec les soignants dans les EHPAD.

L'agressivité fait partie des troubles perturbateurs que l'on rencontre de manière fréquente en EHPAD. A travers nos expériences professionnelles, nous avons pu constater que souvent les équipes rencontrent des difficultés dans leur prise en charge.

#### a) Définition et origines de l'agressivité

L'agressivité se définit comme « *un comportement où la violence physique et verbale domine, et qui peut s'exercer contre autrui ou contre soi.* »<sup>1</sup>. L'agressivité est considérée comme un symptôme psychologique et comportemental de la démence.

<sup>1</sup> Encyclopédie Wikipedia : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Encyclopédie>

En EHPAD, ces comportements agressifs surviennent souvent lors des soins, des activités ou même pendant les repas et perturbent les autres résidents mais aussi les soignants.

C'est alors important pour le personnel de santé d'avoir une démarche de réflexion et compréhension face à ce trouble comme le recommande l'HAS en mai 2009 :

« *Recommandation de bonne pratique : maladie Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge* ».

Le spectre étiologique de l'agressivité est large. Plusieurs causes en effet peuvent engendrer l'agressivité chez des personnes atteintes de troubles neurocognitifs dont la connaissance et les soins apportés doivent servir à calmer les effets :

- Cause somatique : une rétention d'urine, une constipation, des douleurs, une infection, un état confusionnel et une cause iatrogène dont le risque est élevé en cas de polymédication. C'est évidemment à traiter en priorité.
- Cause psychiatrique : manifestation d'un mal être, une dépression ou une angoisse, etc.
- Causes environnementales : changement de lieu de vie, de personnel, d'organisation, etc.

(cf. annexe1)

Bien entendu, il n'est pas exclu que plusieurs de ces causes se combinent dans le déclenchement du comportement violent.

Lorsque la ou les causes de l'agressivité sont identifiées à l'issue de cette démarche étiologique, il devient possible de les traiter et le patient retrouve un bien être psychique et physique qui améliore sa relation avec son entourage ainsi qu'avec les soignants.

#### b) Le ressenti des soignants

La démence étant une maladie évolutive, les patients s'acheminent vers un état de dépendance extrême. D'où l'importance, pour les soignants, de savoir les accompagner et d'entretenir avec eux une bonne relation. Ils vont devoir adopter des attitudes stimulantes pour maintenir les capacités et l'autonomie de la personne démente. Ils devront également faire preuve d'empathie à son égard pour lui apporter un soutien psychologique et le rassurer.

Prendre soin d'une personne âgée aux comportements agressifs peut être déstabilisant sur le plan émotionnel. Les gestes, les paroles et les cris agressifs génèrent des sentiments de peur, de frustration, voire un sentiment d'échec, chez celui qui est là pour une intervention d'aide, positive, de soin.

Le sentiment de peur est « *un sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace* »<sup>1</sup>.

Or, le soignant est là pour prendre soin avec bienveillance du patient. Du coup, l'angoisse générée par la peur entrave cette bonne action. Comment le soignant peut-il apporter ce dont a besoin le malade, s'il a peur de leur relation? C'est un échec.



---

L'échec est « *l'état ou la condition qui fait que l'objectif désiré ou prévu n'est pas atteint, et peut être vu comme l'opposé de succès, mais cela peut aussi désigner un sentiment qui surgit lorsque l'on regrette quelque chose.* »<sup>1</sup>.

Le personnel soignant ressent un sentiment d'échec lorsqu'il constate que la prise en charge est inefficace et qu'il ne parvient pas à calmer la personne. L'amélioration de l'état du patient est la principale préoccupation du soignant. Pour cette raison il lui est difficile d'accepter une maladie dont les symptômes s'aggravent inéluctablement sans perspective de guérison et qui l'amène à accompagner son patient dans sa souffrance à défaut de pouvoir le conduire vers une amélioration de son état. Ce constat d'échec crée une vive frustration.

La frustration est une « *réponse émotionnelle à l'opposition ressentie. Liée à la déception voire la colère, elle peut subvenir face à une résistance, que l'on pense percevoir, à l'encontre de sa volonté ou de ses désirs. Plus la volonté ou les désirs de l'individu comme l'obstruction qui s'y oppose seront importants, plus forte sera la frustration.* »<sup>1</sup>.

C'est un sentiment assez présent que nous avons pu subir dans nos parcours professionnels. Le sentiment de frustration est lié aussi au fait de ne pas pouvoir prendre le temps d'être à l'écoute et de comprendre la personne agitée ou agressive, car le soignant doit respecter les horaires imposés (dans son propre temps de travail et en rapport avec le nombre de patients) et en conséquence il doit avancer dans ses soins auprès des autres résidents. C'est une réalité de terrain: l'organisation professionnelle est rythmée par les soins et les repas de la journée, et le manque d'effectif vient en outre alourdir ce manque de temps.

Si le soignant est dans l'incompréhension, voire démuni face à l'agressivité, il passe le relai à un collègue ou demande de l'aide. Pour faire face à l'agressivité, il va se désinvestir de la relation soignant/soigné, pour se protéger. Le risque ultime est qu'il ne prenne plus en compte la "personne" du malade et qu'il le considère uniquement comme un « objet » de soin. Cela peut conduire à de la malveillance. Aussi est-il nécessaire que les professionnels de santé aient de solides connaissances sur les origines diverses de l'agressivité et sur les conduites à tenir face à un comportement agressif<sup>2</sup>.

Dans ce but, il est utile que les institutions et l'encadrement apportent un soutien sous forme de formation ou de concertation sur le ressenti quotidien des équipes soignantes, qu'ils supervisent et analysent leurs pratiques, par une démarche active de réunions et de formation continue. Avoir des temps d'échanges en groupes de parole permet de remédier à la charge émotionnelle née de l'agressivité des patients. C'est une responsabilité institutionnelle.

### **III. Traitement médicamenteux et non médicamenteux**

#### **1. Les traitements médicamenteux : Les psychotropes**

Les psychotropes non opiacés regroupent plusieurs catégories de produits ayant pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale. Les médicaments psychotropes ont la propriété de modifier l'activité du cerveau en la réduisant ou en la stimulant. Ils agissent notamment sur la vigilance et l'humeur. Ils sont généralement classés en quatre catégories en fonction de leur objectif thérapeutique: les hypnotiques ou somnifères, les anxiolytiques ou tranquillisants, les antidépresseurs et les neuroleptiques.

---

<sup>2</sup> cf. article : "Personnes âgées difficiles" Editions John libbey Eurotext. Cairn.info2010

a) Les anxiolytiques

Ce sont principalement les benzodiazépines. Ils sont indiqués dans les manifestations de l'anxiété légère voire sévère. Les anxiolytiques ont des effets : myorelaxant, hypnotique et anticonvulsivant.

Ce sont des traitements symptomatiques, rapidement efficaces pour soulager l'anxiété sans guérir la cause. Les anxiolytiques souvent prescrits sont : Oxazépam® et Alprazolam®.

Parmi les effets indésirables on note:

- Une somnolence en début de traitement ;
- Une hypotonie musculaire, une perte de réflexe et une perte de la mémoire ;
- Parfois des réactions paradoxales : nervosité, désinhibition, agitation et agressivité.

Les anxiolytiques doivent être prescrits pour une courte durée car ils entraînent très rapidement une dépendance. L'arrêt du traitement doit toujours se faire par diminution progressive de la dose afin d'éviter une réapparition de l'anxiété. Les effets indésirables sont à observer et évaluer afin d'adapter la posologie.

Autres traitements à visé anxiolytique :

- Hydroxyzine ( Atarax®) : C'est un antihistaminique. Il a un effet anticholinergique
- Buspirone (Buspar®) : Présente une activité anxiolytique dénuée d'effet sédatif, myorelaxant et anticonvulsivant.
- Miansérine (Athymil®) : C'est un antidépresseur. Il a par ailleurs un effet tranquillisant et sédatif. Il présente un risque de chute et un effet paradoxal dose dépendante.

b) Les antidépresseurs

Cette classe de psychotropes a beaucoup évolué ces dernières années. Ils sont indiqués pour traiter les syndromes dépressifs modérés à sévères et les anxiétés chroniques. Mais ils ont également d'autres indications : attaques de panique, troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C.). Ils agissent sur les neurotransmetteurs : la dopamine, la sérotonine, la noradrénaline principalement. Les médicaments les plus couramment utilisés pour soulager les symptômes de la dépression sont :

- Les antidépresseurs de première génération : tricycliques ou imipraminiques :

- La Clomipramine (Ana-franil®). Il est efficace dans les dépressions sévères

Il peut présenter des effets indésirables plus ou moins fréquents : hypotension, constipation, sécheresse de la bouche et troubles visuels.

Des médicaments correcteurs de ces effets peuvent être proposés ou parfois une diminution de posologie ou un changement de médicament permet une meilleure tolérance.

- Les nouveaux antidépresseurs de deuxième génération :

- Les ISRS : Ils agissent sur un des neurotransmetteurs la sérotonine :
  - Citalopram (Seropram®), Escitalopram (Seroplex®) : Ils présentent des effets secondaires de type torsade de pointe ;
  - Sertraline (Zoloft®) : effet anxiolytique et orexigène ;
  - Paroxétine (Deroxat®) : effet anxiolytique intéressant ;
  - Fluoxétine (Prozac®).

Dans cette classe médicamenteuse, attention aux effets indésirables tels que : hyponatrémie et saignements.

- Les IRSNA: ont une action sur les deux neuromédiateurs la sérotonine et la noradrénaline :
  - Venlafaxine (Effexor®) : attention à la possibilité de majoration de la pression artérielle ;
  - Duloxétine (Cymbalta®) : les effets secondaires fréquents sont les nausées et les vertiges ;
  - *Milnacipran (Ixel®)*.
- Les NASSA:
  - Mirtazapine (Norset®) : a un effet sédatif et orexigène. Il est à administrer au coucher ;
  - Miansérine (Athymil®) : effet très sédatif et orexigène ;
  - Agomélatine (Valdoxan®).

Les antidépresseurs de deuxième génération sont généralement bien tolérés mais peuvent, dans certains cas, présenter des effets indésirables sur le plan digestifs : nausées, vomissements, sensations vertigineuses ou des troubles sexuels.

#### c) Les hypnotiques

Ce sont essentiellement les benzodiazépines et les médicaments apparentés dits composés Z. Ils sont destinés à lutter contre les troubles du sommeil, en induisant ou en le maintenant. De ce fait, ils peuvent diminuer la vigilance. Ces hypnotiques appartiennent à la famille des benzodiazépines : Lormétazépam (Noctamide®), Loprazolam (Havlane®) et Témazépam (Normison®). D'autres sont apparentés à cette famille, comme la Zopiclone (Imovane®) ou le Zolpidem (Stilnox®).

Dans tous les cas, le traitement doit être le plus bref possible. Leur prescription doit être limitée (4 semaines au maximum) et réévaluée pour éviter une dépendance psychologique et/ou pharmacologique. L'arrêt du traitement doit se faire par diminution progressive de la dose. Il est recommandé de ne pas associer deux molécules de la même famille (benzodiazépine hypnotique et benzodiazépine anxiolytique, par exemple).

#### d) Les antipsychotiques

Autrefois appelés neuroleptiques, les antipsychotiques peuvent soulager les symptômes de la psychose (comme les idées délirantes, les hallucinations) dans les troubles du comportement liés à certaines maladies comme la schizophrénie.

Ces médicaments ont les actions suivantes :

- Action anti hallucinatoire : ils diminuent les hallucinations auditives, visuelles, sensitives ou autres ;
- Action anti délirante : ils atténuent ou font disparaître les idées délirantes ;
- Action sédatrice : ils apaisent et diminuent l'angoisse, l'agitation ou l'agressivité, qui accompagnent les précédents symptômes ;
- Action désinhibitrice : ils améliorent le contact du patient avec la réalité.

Les antipsychotiques de première génération les plus utilisés sont :

- La Chlorpromazine (Largactil®)
- La Cyamémazine (Tercian®)
- L'Halopéridol (Haldol®)
- Le Tiapride (Tiapridal®)

Ils ont comme effets indésirables des troubles moteurs (tremblements, mouvements anormaux).

Les antipsychotiques de seconde génération sont aussi appelés des neuroleptiques atypiques, ce sont les plus prescrits maintenant :

- L'Olanzapine (Zyprexa®)
- La Rispéridone (Risperdal®)
- La Quétiapine (Xeroquel®)
- L'Amisulpride (Solian®)

Les antipsychotiques de deuxième génération commercialisés depuis les années 1980/1990 sont mieux tolérés d'un point de vue neurologique. Leurs effets secondaires sont une prise de poids parfois importante.

Lorsque le patient souffre d'agitation et d'agressivité, les médicaments indiqués sont les neuroleptiques. Ces traitements comportent de nombreux effets néfastes. Ils provoquent des troubles moteurs et ralentissent les fonctions cognitives. Pouvant être un facteur de perte d'autonomie, leur utilisation est restreinte à des périodes courtes.

#### e) Les régulateurs de l'humeur

Les indications sont principalement les troubles bipolaires. L'action normothymique ou thymorégulatrice est une action régulatrice de l'humeur :

- Le Lithium : Téralithe® : C'est le traitement de référence du trouble bipolaire; premier traitement préventif utilisé en psychiatrie. La posologie est progressive.

Les effets indésirables sont fréquents mais maîtrisables :

- Neuropsychiques : tremblements fins des mains, vertiges transitoires en début de traitement, troubles de la mémoire ;
- Troubles endocriniens : prise de poids importante, hypothyroïdie asymptomatique (goitre) ;
- Troubles cutanés : acné ;
- Augmentation de la soif avec augmentation du volume urinaires et mictions nocturnes ;
- Troubles cardiaques: attention aux antécédents cardiaques.

Autres médicaments utilisés en deuxième intention sur l'activité cérébrale, aussi utilisés pour atténuer une tendance agressive :

- Le Valproate de Sodium : (Dépakine). La mise en place du traitement est progressive. Il a peu d'effets secondaires : troubles neuropsychiques et digestifs bénins ;
- La Carbamazépine (Tégrétol®) : c'est un antiépileptique. Les effets secondaires sont assez fréquents : neuropsychiques, allergique, toxicité hépatique.

Pour les chapitres a), b), c), d), e) : se référer à <sup>3</sup> et <sup>4</sup>

f) Les psychotropes et la personne âgée

La prescription des psychotropes constitue un problème de santé majeur et complexe, particulièrement chez les personnes âgées. Afin d'améliorer les pratiques de prescription et l'usage des psychotropes chez le sujet âgé des recommandations existent. Elles donnent des règles de précaution.

En cas de prescription, la voie d'administration privilégiée doit être per os. La recherche d'une monothérapie doit être la règle. La prescription des psychotropes doit être la plus brève possible, et en dehors du cas de la dépression, le traitement psychotrope doit être arrêté dès que les symptômes ont cessé ou sont contrôlables par des moyens non médicamenteux.

Il est déconseillé de prescrire des benzodiazépines au long cours entre 50 et 60 ans. Des études ont mis en exergue le risque de développer des troubles neurocognitifs. Les psychotropes sont trop souvent prescrits alors qu'ils ne sont pas toujours justifiés dans les troubles du comportement (agressivité, agitation...). Ils peuvent s'avérer dangereux. L'agressivité peut être une manifestation secondaire à l'anxiété, ce qui rend sa prise en charge plus complexe et justifie une évaluation comportementale initiale globale et standardisée.

Chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou autres démences et présentant de l'agressivité, le médecin peut prescrire des neuroleptiques comme La Rispéridone (Risperdal®) et ses génériques. Cette agressivité présente un danger pour le patient ou pour les proches. Cependant, ce type de traitement est habituellement de courte durée (pas plus de six semaines) car l'usage de ces médicaments sur le long terme augmente le risque de mortalité des patients atteints de maladie d'Alzheimer.

- Les neuroleptiques ont une efficacité modeste sur l'agitation.
- Ils sont contre-indiqués en cas d'allongement de l'intervalle QT ; un ECG doit donc être réalisé au préalable de manière systématique.
- Un neuroleptique atypique doit être privilégié, à la posologie minimale efficace, sur une durée d'exposition la plus courte possible.
- Une réévaluation régulière du traitement est nécessaire.
- Proposer au patient la meilleure prise en charge. Le suivi de l'efficacité du traitement et de la survenue d'effets secondaires (chute, agressivité, agitation, etc.) est également essentiel. Un traitement mal indiqué ou pris sur une période trop longue fait courir aux patients des risques injustifiés. Or, les personnes âgées sont très exposées à ces risques, pour plusieurs raisons : une résistance physique moindre, un métabolisme plus lent, etc. Il est donc important, chez ces personnes, de prescrire les benzodiazépines de demi-vie courte ; ou de réduire voire d'arrêter la prise de psychotropes lorsque celle-ci n'est pas justifiée.

Pour le chapitre f) : se référer à <sup>5</sup>

<sup>3</sup> Cf. *Psychotropes et sujets âgés : guide de prescription et administration; Omedit Pays De Loire.fr*

<sup>4</sup> Cf. *Cours DIU: session 6 du 13/05/2023, maniement des psychotropes aspects pratiques de Hermine LENOIR*

<sup>5</sup> Cf. *Psychotropes et sujets âgés: guide de prescription et administration, Omedit-paysdeloie.fr*

Un traitement par psychotrope ne doit pas être instauré si les symptômes sont d'origine somatique ou iatrogène. Les psychotropes peuvent être utilisés lorsque les techniques de soins appropriées sont d'efficacité insuffisante, notamment quand la sévérité des troubles du comportement met en danger le patient, altère son fonctionnement, ou est une menace ou une source importante de souffrance pour son entourage. Il est recommandé de les utiliser en synergie avec les techniques de soins appropriées aux troubles du comportement. Il n'est pas recommandé de prescrire en première intention et sans évaluation préalable un traitement par psychotrope en cas d'opposition, de cris, de déambulations. Les psychotropes n'ont pas d'effet préventif sur la survenue des troubles du comportement. <sup>6</sup>

## 2. Les traitements non médicamenteux

### a) Définition

Les traitements non médicamenteux du comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient sont des mesures d'approche relationnelle comprenant la rassurance, l'écoute même des propos incohérents et la sécurisation de l'environnement.

Ces mesures sont recommandées en première intention, hormis en cas de troubles psychotiques sévères non contrôlables. <sup>6</sup>

Leur objectif est de désamorcer et diminuer l'angoisse.

Il existe désormais un ensemble de preuves soutenant l'utilisation des traitements non pharmacologiques dans les SCPD. <sup>7</sup>

Ces techniques peuvent permettre de prévenir le déclenchement ou la majoration des troubles et d'éviter le recours à des traitements médicamenteux dont l'usage peut être inapproprié et délétère. <sup>8</sup>

### b) Différents types des traitements non médicamenteux

- Les attitudes de communication :

Une communication claire, simple, utilisant des phrases courtes, concrètes avec un langage non menaçant et éviter la confrontation.

Ces attitudes nécessitent :

- D'éviter les différentes sources de distraction (télévision, radio, ...) lors de la communication avec le patient ;
- D'attirer son attention : se mettre face au patient, établir un contact visuel, attirer son attention par exemple en lui prenant doucement la main ;
- Utiliser des phrases courtes ;
- Éviter de transmettre plusieurs messages à la fois ;

---

<sup>6</sup> HAS : *Recommandation de bonnes pratiques, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, mai 2009*

<sup>7</sup> International Psychogeriatric Association. *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)* Northfiel/IPA 2003

<sup>8</sup> *Démarche participative de la HAS, Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Propositions d'actions concertées-Octobre 2007*

- Utiliser les gestes pour faciliter la transmission du message ;
- Répéter le message si un doute persiste quant à sa compréhension ;
- Préférer les questions fermées ;
- Laisser le temps au patient pour qu'il puisse s'exprimer ;
- Ne pas négliger le langage du corps : rester détendu et souriant ;
- Ne pas hausser la voix ;
- Inclure la personne dans la conversation ;
- Pour les aidants professionnels, éviter d'être familier ;
- Ne pas obliger le patient à faire ce qu'il n'a pas envie de faire ; dans ce cas, changer de sujet et réessayer plus tard ;
- Savoir rester patient.

- Les attitudes de soins :

Les attitudes de soins suivantes sont données pour exemple et sont à adapter à chaque cas :

- Éviter de faire à la place du patient ce qu'il est encore capable de faire :  
Rechercher les capacités restantes et les stimuler ;
- Installer une routine adaptée à ses habitudes (ne pas l'obliger à prendre un bain s'il a l'habitude de se doucher, etc.) ;
- Laisser au patient la possibilité de faire ses choix (par exemple pour les plats ou pour les vêtements). Ces capacités diminuent en fonction de l'évolution de la maladie ;
- Simplifier le quotidien au fur et à mesure de l'évolution de la maladie (par exemple, préférer les vêtements faciles à enfiler, éviter les plateaux-repas ou les tables trop encombrés, etc.) ;
- Décliner les différentes tâches en plusieurs étapes (par exemple après le choix des vêtements, les présenter dans l'ordre de l'habillage) ; préserver l'intimité pour les soins et l'hygiène personnelle ;
- Aider pour les soins d'hygiène corporelle, qui peuvent être un moment de tension : veiller à la température de la salle de bains et de l'eau, préparer les objets de toilette à l'avance (savon, gant, brosse à dents, etc.), respecter le besoin de pudeur du patient, lui donner une instruction à la fois, le prévenir avant de lui faire un soin comme lui laver le visage ;
- Chercher des alternatives lorsqu'un soin peut être à l'origine d'un trouble du comportement ;
- Rassurer et reconforter la personne régulièrement lors d'un soin ;
- Laisser faire les comportements qui ne dérangent pas, à condition qu'ils ne soient pas dangereux ;
- Proposer une activité ou des alternatives qui ont une signification lorsqu'il existe certains troubles : pour une déambulation qui dérange, proposer une autre activité répétitive comme plier le linge. Pour une agitation, proposer d'écouter de la musique ou regarder l'album photo personnel du patient, etc. ;
- Ne pas insister lorsque le patient ne veut pas faire l'action demandée, ne pas le raisonner ;

- Laisser le patient se calmer lorsqu'il existe une agressivité verbale ou physique déclenchée par la présence de l'aidant.

- Environnement apaisant:

Créez un environnement calme et structuré pour aider à réduire l'agitation. Évitez le stimulus excessif tel que les bruits forts ou la lumière vive. Assurez- vous également que l'espace est sécurisé pour prévenir les comportements agressifs.

- Activités thérapeutiques

Proposer des activités stimulantes et adaptées aux intérêts et capacités de chaque personne cela peut inclure les jeux de mémoire, les activités artistiques des promenades en plein air ou des séances de musique. Ces activités peuvent aider à canaliser l'énergie et à réduire l'agressivité.

- Interventions non médicamenteuses

Interviennent sur la qualité de vie, le langage (orthophonie), la cognition (stimulation cognitive, revalidation cognitive), la stimulation sensorielle, l'activité motrice, les activités occupationnelles.

Des prises en charge globales peuvent associer plusieurs types d'interventions (psychomotricité, ergothérapie, etc.).

Dans le cadre de troubles du comportement, ces interventions n'avaient pas apporté la preuve de leur efficacité du fait de difficultés méthodologiques, en 2009. La plupart de ces interventions avaient pour cible les troubles cognitifs.

- La contention physique

Doit rester exceptionnelle, sur prescription médicale. Envisageable uniquement en cas d'échec des autres mesures environnementales, relationnelles et pharmacologiques et lorsqu'un danger élevé existe à très court terme dans l'attente des autres mesures.

Elle doit alors être réalisée par des équipes maîtrisant parfaitement les conditions de sa mise en œuvre, sa surveillance devant obéir à un protocole précis établi.

En dehors d'une situation d'urgence exceptionnelle, il est recommandé de ne pas y recourir. <sup>6</sup>

### c) Recommandations et bonnes pratiques de l'HAS

Elle porte sur la prise en charge des troubles de comportement jugés dérangeants, perturbateurs et dangereux pour le patient ou son entourage (aidants et proches professionnel intervenant auprès du patient autre patient, ...)

Les objectifs des recommandations de bonnes pratiques est leur mise en œuvre quel que soit le lieu de vie du patient sont :



- Homogénéiser les pratiques en termes de diagnostic de prévention et de traitement des troubles de comportements perturbateurs
- Promouvoir les techniques de soins non médicamenteuses
- Évitez les prescriptions inappropriées, systématiquement prolongés des psychotropes en particulier des sédatifs et neuroleptiques

Pour le chapitre c) : se référer à <sup>6</sup>

d) Les outils d'évaluation

- Inventaire neuropsychiatrique (NPI)

Il s'agit de l'inventaire des 12 symptômes parmi lesquels les plus courants au cours de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Utilisé pour les cas des troubles persistants depuis plusieurs jours, évalue leur fréquence et leur sévérité ainsi que le retentissement sur les aidants ou les professionnels de santé.

Il existe une version courte utilisable en établissements le NPI ES, renseigné par les soignants. (Cf. annexe2)

- Cohen -Mansfield agitation Inventory (CMAI)

Utilisé en cas d'agitation, il évalue les comportements tels que l'agressivité physique, La déambulation, les cris. L'évaluation recherche les liens entre différents symptômes. Des symptômes évidents peuvent cacher d'autres symptômes et les symptômes perturbateurs peuvent être aussi reliés à des symptômes de retrait moins apparents. (cri, opposition, ...). (Cf. annexe2)

e) Intérêt du projet de vie individualisé

La prévention et la prise en charge non médicamenteuse des troubles neurocognitifs nécessitent la mise en place d'une stratégie individualisée et adaptée à chaque patient, afin de mettre en place des actions adaptées à chacun selon son histoire de vie et ses antécédents. Ces actions permettront ainsi une efficacité maximale dans la prise en charge.

Le projet de vie individualisé permet donc :

- De mettre en place un plan d'action personnalisé de vie de soins d'animation afin de préserver et maintenir l'autonomie
- D'assurer une qualité de vie et de bien-être en prenant en compte l'ensemble des besoins de la personne âgée
- De réduire la souffrance psychique de la personne âgée afin de mettre en place un plan d'action personnalisé de projet de vie, de soins et d'animation. Elle concerne la personne âgée et le professionnel à travers une prise en charge pluridisciplinaire
- Intégrer le sujet âgé en établissement afin qu'il se sente chez lui

Pour le chapitre e) : se référer à <sup>8</sup>

## **IV. Notre Enquête**

### **1. Présentation de l'enquête**

a) Choix de l'outil

Sur la base du plan du mémoire nous avons choisi d'établir un questionnaire de 14 questions avec un choix de réponses multiples pour recueillir des informations précises sur la prise en charge de l'agressivité en EHPAD. (Cf. annexe3)

---

<sup>8</sup> ANESM : *Projet de l'établissement ou de service 2009*

Pour les questions 8, 12, 13 et 14 les personnes ont coché plusieurs réponses.

Nous avons fait le choix du support papier plutôt que du numérique car il nous a paru plus difficile de récupérer les adresses mails des soignants et aussi parce que certains ne maîtrisent pas le numérique.

b) Lieux et populations ciblées de l'enquête

Cette enquête s'est déroulée du 15 juillet au 15 août 2023 sur 3 EHPAD :

- Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (47 résidents). Cet EHPAD ne possède pas d'unité de vie protégée ;
- La Résidence Azur Santé située à Nouméa en Nouvelle Calédonie (75 résidents) dont 15 en unité de vie protégée ;
- L'EHPAD Soleanou : établissement privé du Moule en Guadeloupe doté de 80 lits en hébergement permanent, 4 lits en hébergement temporaire et 6 places en Accueil de jour Alzheimer.

La population ciblée pour l'enquête se compose pour chaque région de soignants impliqués dans l'accompagnement au quotidien des résidents à savoir IDE, AS, AMP, et AVS. 36 soignants ont répondu à l'enquête, ce qu'on estime être un bon échantillon pour traiter du sujet.

## **2. Analyse des résultats**

Les trois premières questions nous ont permis d'établir de manière approfondie le profil de notre public cible, comprenant son expérience professionnelle et le secteur dans lequel il travaille, ce qui s'est avéré crucial pour notre enquête. Ainsi, nous avons identifié 12 IDE, 16 AS, 5 AVS et 3 AMP.

Il est intéressant de noter que plus de la moitié des personnes interrogées, soit plus de 5 ans d'expérience en gériatrie, ont développé et acquis des compétences pertinentes pour notre enquête.

De plus, nous avons interrogé un nombre approximativement équivalent de professionnels de la santé travaillant dans les deux types de secteurs : Unité de vie protégée et unité de vie non protégée. (Il est à rappeler qu'un des EHPAD n'a pas d'unité de vie protégée).

En ce qui concerne la formation des professionnels à la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs, il est important de noter que la majorité des répondants 41,67% l'ont reçue pendant leur formation initiale, puis 30,56% il ya longtemps. De plus, 19,44% n'ont jamais bénéficié d'une formation. Ceci indique un défaut de formation continue au sein des établissements.

D'autre part pour la formation aux traitements non médicamenteux, il est frappant de constater que près de la moitié des personnes interrogées n'ont jamais reçu de formation sur ce type de traitements, et ceux qui l'ont fait l'ont reçu uniquement pendant leur formation initiale. Cette constatation souligne un manque de formation dans ce domaine, ce qui signifie que les professionnels de la santé ne disposent pas des outils nécessaires pour gérer l'agressivité de leurs patients. En outre, il est important de noter qu'il existe un écart par rapport aux recommandations de l'HAS en ce qui concerne la formation continue.

La moitié des professionnels interrogés rencontrent quotidiennement des comportements agressifs dans leur travail, ce qui soulève des questions sur l'efficacité des approches thérapeutiques actuelles. Pour faire face à cette agressivité, on constate que la moitié d'entre eux demandent un relais par un collègue, ce qui suggère un manque de compétence et peut-être un épuisement professionnel. En outre, 20% des professionnels utilisent des protocoles d'agressivité ou des traitements médicamenteux en cas de besoin, privilégiant les traitements médicamenteux en première instance. Il est à noter qu'aucun traitement non médicamenteux n'est utilisé. Il est également important de souligner que les infirmiers sont ceux qui recherchent les causes de l'agressivité, qu'elles soient somatiques 12.86% ou environnementales 8.5%, ce qui peut s'expliquer par leur formation initiale. De plus, 20% des professionnels ressentent le besoin de discuter de ces problèmes en réunion d'équipe, ce qui témoigne de leur désir de réflexion, de compréhension et de recherche de solutions. Cela souligne l'importance du travail d'équipe pour améliorer la prise en charge des résidents.

Par ailleurs, on observe que 72 % des soignants ne connaissent pas les échelles NPI-ES et celle de Cohen Mansfield. En somme, ils n'utilisent pas. Cela ne correspond pas avec les recommandations de l'HAS.

Pour atténuer l'agressivité des patients, 33% des professionnels estiment que les approches médicamenteuses sont efficaces, tandis que 64% des autres sont moyennement d'accord sur leur efficacité. Cela indique que les professionnels remettent en question leur approche de prise en charge et sont ouverts à d'autres alternatives thérapeutiques.

En ce qui concerne l'utilisation des traitements non médicamenteux, les résultats montrent qu'ils sont peu utilisés, et lorsque c'est le cas, les soins relationnels (l'écoute et le dialogue) sont les plus couramment pratiqués. La musicothérapie est la seule intervention thérapeutique mentionnée à plusieurs reprises. Le manque de formation, de temps et de personnel sont les trois raisons principales évoquées par les professionnels pour expliquer pourquoi ces traitements ne sont pas mis en place. Cela met en lumière à nouveau un défaut de formation, ainsi que des problèmes d'organisation et de politique institutionnelle.

Pour améliorer l'utilisation des traitements non médicamenteux, 41% des professionnels reconnaissent l'importance de mieux connaître l'histoire de vie du résident et de ce fait soulignent la nécessité du projet de vie.

24% considèrent également la formation et le renforcement des effectifs comme des priorités essentielles. Il apparaît ainsi que le médecin coordonnateur, l'infirmier(e) coordinateur(trice) et le directeur jouent un rôle central dans l'accompagnement de leurs équipes, en prenant le temps d'écouter.

19 % des soignants demandent une écoute active de la part de leur hiérarchie

Et ils sont 16% à envisager la mise en place d'un nouveau protocole non médicamenteux dans la prise en charge de l'agressivité.

Enfin, en ce qui concerne l'impact de l'agressivité sur les professionnels de la santé, il est évident que 36% d'entre eux remettent en question leur approche de prise en charge. 20.5% se sentent démunis et épuisés face à ces troubles du comportement psychologique. Et pour 16%, le sentiment de peur est bien présent.

À travers ces réponses, on peut alors discerner un sentiment d'échec dans ce travail au quotidien. Dans ce contexte, il semble essentiel d'organiser des moments d'échange, d'écoute et de dialogue au sein des équipes. C'est de la responsabilité institutionnelle.

### 3. Les constats

La question 1 n'as pas été utile pour notre analyse.

Les questions 2 et 3 ont permis de préciser le personnel interrogé.

Sur certaines questions nous avons parfois demandé de préciser avec une ouverture et souvent malheureusement nous n'avons pas eu de réponses libres des soignants.

Après analyse des résultats nous nous sommes rendu compte aussi qu'il y avait des ressemblances dans les réponses pour certaines questions.

On aurait pu aussi rassembler les questions 5 et 6 sur les formations.

## V. Discussion

À travers cette enquête, on constate que les soignants sont confrontés à de l'agressivité au quotidien lors de leurs soins aux personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs. Comme le stipule le protocole agressivité OMEDIT Haute-Normandie 2014 (Cf. annexe 4), la recherche des causes somatiques de premières lignes (constipation, RU, douleur..) sont à rechercher systématiquement.

Ce protocole regroupe les causes de l'agressivité, les échelles d'évaluation comportementales et les attitudes comportementales à adopter par les soignants face à l'agressivité et l'application des thérapies non médicamenteuses.

Les soignants sont conscients de leurs difficultés. Face à cela, se questionnent sur leur prise en charge. Ils se sentent démunis avec un sentiment d'échec et de frustration dans leur travail. Ils expriment un manque de compétences ou d'outils pour faire face à cette violence. La pénibilité du travail peut engendrer un épuisement psychologique, avec des effets néfastes sur le patient pouvant même générer de nouveaux troubles. C'est un cercle vicieux dans la relation soignant/soigné.<sup>9</sup>

Il est donc essentiel de renforcer la formation en favorisant la communication au sein des équipes et en améliorant les conditions de travail dans les EHPAD.

La formation est essentielle pour dispenser des soins de qualité et garantir la sécurité des personnes âgées vulnérables et fragiles. Comme il est dans le rapport de la prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD - février 2022 : la formation professionnelle est un levier d'action à exploiter plus largement, afin de prendre en charge des personnes dont l'état de santé et de dépendance évolue.

En ce qui concerne la formation des professionnels de santé sur les troubles neurocognitifs et les traitements non médicamenteux, l'enquête révèle un écart entre les recommandations de l'HAS de 2009 et la réalité sur le terrain.

---

<sup>9</sup> Cf. *L'épuisement professionnel chez les soignants en EHPAD* article *Article original Geriatrie Psychol Neuropsychiatr Veil2021*.

L'HAS insiste sur l'importance de la formation continue et de la mise en place de programmes de formation pour améliorer les compétences des professionnels de santé dans la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, de type agressifs. Cette dernière recommande la mise en œuvre des thérapies non médicamenteuses dans les soins, telles que la psychothérapie, la musicothérapie et d'autres interventions psychosociales. Ces dernières devraient apparaître dans le plan de soin et appliquées quotidiennement par les équipes soignantes dans le but de maintenir leur autonomie et d'améliorer leur qualité de vie. Comme il est stipulé dans le volet 1 du programme sur la qualité de vie en EHPAD.

Enfin, le manque de connaissance des échelles d'évaluation est une lacune qui peut entraver la mise en place des recommandations de l'HAS. Alors que ces échelles aident le personnel soignant à identifier les troubles du comportement problématique, à suivre leur évolution et à ajuster les interventions en conséquence. Il est donc nécessaire de former les professionnels de santé afin d'améliorer l'évaluation et la prise en charge des patients.

Il est également capital de noter que le projet de soin de l'établissement peut jouer un rôle essentiel dans la promotion des thérapies non médicamenteuses. Le travail du médecin coordonnateur et de l'infirmier(ère) coordinateur(trice) peut consister à instaurer ces thérapies dans le plan de soins, tout en essayant de réduire la prescription de psychotropes pour favoriser leur mise en place.

Comme le démontre le Docteur Thierry Bautrant dans son ouvrage *"Traiter autrement la maladie d'Alzheimer"*, le projet de vie individualisé est nécessaire pour rendre ces thérapies efficaces. Il souligne ainsi qu'il est fondamental de réaliser le projet de vie du résident, de mettre en place un personnel référent et surtout d'instaurer des réunions et une prise en charge multidisciplinaires: psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute, animateur.

Sa mise en place permet d'obtenir une connaissance précise de la personne âgée et d'évaluer les troubles du comportement; afin d'introduire et d'appliquer ces thérapies non médicamenteuses. Ces projets de vie ne sont pas toujours élaborés dans les 6 mois suivant l'admission au sein des établissements comme le stipule la loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Les équipes auront ainsi une meilleure compréhension des troubles, mais elles seront également actrices de ces thérapies non médicamenteuses. Permettant d'éviter l'épuisement des soignants face à ces troubles.

Pour ce qui est des traitements médicamenteux, des recommandations existent. Il est démontré que l'usage des psychotropes chez les personnes âgées est souvent inapproprié et délétère. Ils ne devraient pas être utilisés en première intention dans les troubles agressifs. Si vraiment il y a nécessité, la prescription doit être de courte durée, à doses progressives et réévaluer.

Garant de la qualité et de la sécurité des soins, le médecin coordonnateur et l'infirmier(ère) coordinateur(trice) ont un rôle capital dans la promotion et la mise en place des thérapies non médicamenteuses. Ils ont un rôle essentiel dans la formation et le développement professionnel en EHPAD.

Ils observent les pratiques et identifient les domaines qui nécessitent un renforcement de compétence en accord avec la direction. Ils doivent également être à l'écoute et dialoguer avec leurs équipes soignantes face à ce qu'ils ressentent dans leur travail quotidien, en proposant des moments d'échange pour évacuer leurs émotions, éventuellement avec l'aide d'un psychologue.

L'amélioration de l'organisation et des conditions de travail pourrait permettre un climat plus favorable pour consacrer le temps nécessaire aux résidents et appliquer les traitements non médicamenteux. Si le ratio des effectifs par résident a progressé ces dernières années, les effectifs de soignants demeurent insuffisants pour garantir un accompagnement de qualité.

## **VI. Conclusion**

L'agressivité est l'un des troubles perturbateurs les plus fréquents chez les sujets âgés, en EPHAD, atteints de troubles neurocognitifs.

Les soignants y sont confrontés quotidiennement. Ils se retrouvent très souvent démunis et dépourvus des moyens, ce qui explique l'usage de traitements médicamenteux pour la prise en charge de l'agressivité.

Notre enquête nous a permis de constater les écarts entre les recommandations institutionnelles de pratiques médicales et la réalité des usages. En effet les outils recommandés par l' HAS ne sont pas connus de la majorité des soignants en EPHAD. Or, bien que faisant usage de traitements médicamenteux, ces soignants ne leur trouvent pas une efficacité ni durable, ni optimale. Et même, l'usage des psychotropes se révèle pourvoyeur d'effets secondaires, délétères chez les sujets âgés.

Ainsi par manque d'information, de formation et de moyens, les traitements non médicamenteux ne sont pas utilisés en première intention dans la prise en charge de l'agressivité chez les patients en EPHAD.

D'où l'intérêt de promouvoir d'autres approches que les thérapies médicamenteuses dans la prise en charge de l'agressivité.

Le travail du trio, directeur d'établissement, médecin coordonnateur et infirmier(ère) coordinateur(trice), doit être centré sur l'accompagnement de leurs équipes, sur l'organisation nécessaire à une prise en charge de qualité des résidents d'EPHAD. Son rôle est majeur dans l'élaboration du projet de vie "individualisé" de chaque résident, dans la formation continue des soignants. Les moyens humains et matériels permettront une prise en charge efficace d'agressivité.

Dans ce sens, des thérapies non médicamenteuses ont déjà fait leurs preuves : on peut citer les Thérapies Cognitives et Comportementales, l'approche par les sens, comme celle de SNOEZELLEN, la "validation", comme méthode de communication, le concept d'Humanitude, comme moyen d'entrer en douceur en communication avec le malade. Ces nombreuses

méthodes permettent de redonner un sens "humain" à l'accompagnement des personnes âgées en EPHAD.

Une prise de conscience de l'utilité de ces méthodes thérapeutiques devrait permettre de les généraliser auprès des patients des EPHAD pour le bien être de tout le monde, soignants et soignés.

## **VII. Résumé**

Les troubles neurocognitifs sont les premiers pourvoyeurs de perte d'autonomie. En dépit des évolutions, on constate tout de même que sur le terrain prises en charge des symptômes psycho comportementaux se font généralement autour d'une approche médicamenteuse. Alors même que cette dernière ne permet pas une bonne gestion de l'agressivité.

Les thérapies non médicamenteuses sont recommandées en première intention dans les troubles psycho comportementaux, après avoir recherché et traité une étiologie organique. Ces pratiques permettent de réduire la consommation de médicaments et ainsi de limiter le risque d'iatrogénie.

De nombreux bienfaits sont constatés. En effet, elles contribuent à améliorer le bien-être et la qualité des soins des résidents ainsi qu'à une meilleure qualité de vie au travail pour les professionnels.

Soigner sans médicament, c'est possible... et très bénéfique ! Réflexologie plantaire, aromathérapie, art-thérapie, médiation animale, Snoezelen...

Les thérapies non-médicamenteuses sont de plus en plus utilisées au sein des résidences seniors, notamment en EHPAD.

Il est important que la formation soit intégrée dans le projet d'établissement et la politique de gestion des ressources humaines afin de pouvoir optimiser la prise en charge des troubles comportementaux et prévenir le risque d'épuisement professionnel.

Le MedCo et l'IDEC, garant de la qualité et de la sécurité des soins, doivent faire de la formation des professionnels l'une des préoccupations constantes. Car elle permet non seulement d'améliorer les connaissances mais aussi de prévenir le burn out. De nouveaux acteurs émergent et proposent des solutions toujours plus innovantes pour améliorer le quotidien de nos seniors.

C'est certain, le bien vieillir a de beaux jours devant lui.

### **Abstract**

Neurocognitive disorders are the first providers of loss of anatomy.

Despite developments, we still see that in the field the management of psycho-behavioral symptoms generally done around a drug approach. Even though the latter does not allow good management of aggression . Non drug therapies are recommended as a first line in psychobehavioral disorders, after researching and treating an organic etiology. These practices make it possible to reduce the consumption of drugs and thus limit the risk of iatrogenic.

Many benefits are noted. Indeed, they contribute to improving the well-being and quality of residents' care as well as a better quality of life at work for professionals.

Treating without medication is possible and very beneficial! Foot reflexology, aromatherapy, art therapy, animal mediation, Snoezelen... non-medical therapies are increasingly used in seniors residences, especially in nursing homes.

It is important that training be integrated into the establishment project and the human resources management policy in order to optimize the management of behavioral disorders and prevent the risk of burnout.

Coordinating doctor and coordinating nurse, guarantor of the quality and safety of care, must make the training of professionals one of the constant concerns. Because it not only improves knowledge but also prevents burnout. New players are emerging and offer ever more innovative solutions to improve the daily lives of our seniors.

It's certain, aging well has a bright future ahead of him.



### **VIII. Bibliographie**

Les soignants et les personnes âgées, De l'approche psychosociale aux soins infirmiers.  
Alexandre Manoukian et Lydie Thellier – Edition : Lamarre

Que faire face à l'Alzheimer, gagner des années de vie meilleure, Dr Véronique Lefebvre des  
Noëttes – Edition : Le Rocher Poche

Traiter autrement la maladie d'Alzheimer, les Thérapies Non Médicamenteuse Personnalisée  
Docteur Thierry Baurant – Edition : Amazon Italia Logistica

« L'épuisement professionnel chez les soignants en EHPAD : quels liens entre perception de  
l'agressivité des résidents et qualité de la relation soignants-résidents ? » Article original  
Geriatr Psychol Neuropsychiatr Veil 2021. Pour citer cet article : Arnaudau S, Berdoulat  
E, Pouylet C.

« Les personnes âgées difficiles : un regard gérontopsychiatrique. » F. Dibiee-Racoupeu,  
C. Granet dans l'information psychiatrique 2010/vol 86, p 9 à 14 Editions John Libbey  
Eurotext. Cairn.info

« La psychiatrie du sujet âgé : mythe ou réalité ? » Cécile Hanon dans Le Carnet  
Psy2014/4(N°180), p31à35 Edition Le Carnet Psy. Cairn Info

Prise en charge des SCPD Symptômes comportementaux et psychologique de la démence.  
Sylvie Rey, Philippe Voyer et Lucille Juneau. Recherche septembre /octobre 2016/vol13/n°4

HAS : Recommandation de bonnes pratiques, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées :  
prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, mai 2009

Encyclopédie Wikipédia: <https://wikipédia.org>

« Le sujet âgé et les psychotropes » Marie Pierre Pancrazi dans l'Information Psychiatrique  
2010/1(vol86) p91à97. EdJohnLibray Eurotext Cairn.info

« L'impact d'une sensibilisation des médecins traitants sur la diminution des prescriptions  
d'antipsychotiques chez les résidents avec démence en EHPAD. » Gériatrie Psychol  
Neuropsychiatrie Veil 2018. Philippe AS, Braustein D, Clot-Faybesse P, Tessier S, Roch B,  
Bonin Guillaume S

International Psychogeriatric Association .Behavioral and Psychological Symptoms of  
Dementia (BPSD) Northfiel/IPA 2003

Démarche participative de la HAS, Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Propositions d'actions concertées-Octobre 2007

ANESM : Projet de l'établissement ou de service 2009

Psychotropes et sujets âgés : guide de prescription et administration; Omedit Pays De Loire.fr

[www.omedit-normandie.fr](http://www.omedit-normandie.fr)

## IX. Annexes

### 1. Identification des comportements problématiques

(Justine Parent, psychologue clinicienne. Formation Alzheimer)

Contexte Pathologie, traitement, changements, histoire, etc.	Événement déclencheur	Comportements	Conséquences/ réponses Tristesse, colère, isolement, angoisse, etc.
<p><b>Facteurs neurologique</b> <b>Facteurs hormonaux</b> <b>Facteurs biochimiques</b> <b>Facteurs neuropsychologiques</b> <b>Facteurs psychologiques</b> <b>Facteurs sociaux</b> <b>Traitements</b></p> <p>Histoire de vie Relations avec la famille Relations avec les autres résidents Relations avec les professionnels</p> <p><b><u>Facteurs d'une mauvaise qualité de vie</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Environnement trop contrôlant</li> <li>- Relations sociales pauvres</li> <li>- Vie affective et gratification personnelle insatisfaisantes</li> <li>- Problèmes de communication</li> <li>- Conditions environnementales déplaisantes</li> </ul>	<p>Crépuscule</p> <p>Angoisse Besoin de sécurité Sentiment de solitude Déprime Besoins affectifs Incompréhension Conflit</p> <p>Besoin de stimulation, de se sentir exister Trop de stimulation : environnement perturbant (tv, radio, lumière, etc.)</p> <p>Déshydratation Expression d'une douleur Inconfort : trop chaud, froid, besoin d'aller aux toilettes Fatigue Fièvre</p> <p>Changements Désorientation</p>	<p><b>Cris</b> <b>Déambulations</b> <b>Agressivité/violence</b> <b>Agitation</b> <b>Désinhibition</b></p>	<p><u>Pour les professionnels et autres usagers</u> Confrontation Renforcement des préjugés Distance des professionnels et des résidents Amusement Rejet Colère Dégoût Culpabilité</p> <p><u>Pour l'utilisateur</u> Tristesse Isolement Culpabilité Angoisse Colère Désorientation Confusion</p> <p><u>Actions</u> Protéger si danger Écoute des sentiments : validation  Rassurer  Contrat thérapeutique Distraction Stimulation sensorielle</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problèmes de santé physique et/ou mentale</li> <li>- Peu d'opportunité de jouer des rôles valorisés</li> <li>- Manque de compréhension des relations sociales</li> <li>- Manque de capacités pratiques et utiles</li> <li>- Modèles d'apprentissage et d'enseignement inappropriés</li> <li>- Perceptions des autres négatives</li> <li>- Aide et soutien inappropriés</li> </ul>	<p>Mauvaise compréhension d'une situation</p> <p>Situation nouvelle</p> <p>Pensée ou souvenir troublant</p> <p>Situation d'échec</p> <p>Recherche de quelque chose</p> <p><b>Pour les comportements sexuels</b></p> <p>Un besoin sexuel</p> <p>Un désir d'intimité</p> <p>Un besoin de réconfort</p> <p>Une infection urinaire</p> <p>Moyen d'exprimer son affectivité</p> <p>Stimulation érotique : télévision, journaux</p>	<p><b>Comportements verbaux à caractère sexuel :</b> langage obscène ou suggestif, injures, délires de jalousie, etc.</p> <p><b>Les actes sexuels implicites :</b></p> <p>Demander des soins génitaux non nécessaires ; regarder des images pornographiques en public, etc.</p> <p><b>Les actes sexuels explicites :</b></p> <p>attouchements, étreintes excessives, dévêtir les autres, comportements exhibitionnistes</p>	<p>Limitation de l'exposition à des stimulations sexuelles</p> <p>Modification des tenues vestimentaires</p> <p>Éducation sexuelle avec le résident et/ou son conjoint</p>
--	---	---	--



## 2. Échelle CMAI et NPI

### Annexe 4. Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI - *Cohen-Mansfield Agitation Inventory*)

Date :

Nom et prénom du patient :

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant – autre)

Agitation physique non agressive	1-Cherche à saisir
	2-Déchire les affaires
	3-Mange des produits non comestibles
	4-Fait des avances sexuelles physiques
	5-Déambule
	6-Se déshabille, se rhabille
	7-Attitudes répétitives
	8-Essaie d'aller ailleurs
	9-Manipulation non conforme d'objets
	10-Agitation généralisée
	11-Recherche constante d'attention
	12-Cache des objets
	13-Amasse des objets
Agitation verbale non agressive	14-Répète des mots, des phrases
	15-Se plaint
	16-Émet des bruits bizarres
	17-Fait des avances sexuelles verbales
Agitation et agressivité physiques	18-Donne des coups
	19-Bouscule
	20-Mord
	21-Crache
	22-Donne des coups de pied
	23-Griffe
	24-Se blesse, blesse les autres
	25-Tombe volontairement
26-Lance les objets	
Agitation et agressivité verbales	27-Jure
	28-Est opposant
	29-Pousse des hurlements

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

Non évaluable : 0

Jamais : 1

Moins d'une fois par semaine : 2

Une ou deux fois par semaine : 3

Quelquefois au cours de la semaine : 4

Une ou deux fois par jour : 5

Plusieurs fois par jour : 6

Plusieurs fois par heure : 7

Version française traduite et validée par Micas M, Ousset PJ, Vellas B.

© PJ OUSSET : [ousset.pj@chu-toulouse.fr](mailto:ousset.pj@chu-toulouse.fr)

**Référence** : Micas M, Ousset PJ, Vellas B. Évaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle de Cohen-Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997 : 151-157.

## Annexe 3. Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)

### Instructions

#### BUT

Le but de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

#### L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence. Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants :

Le but de l'interview

Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles

Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation)

Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par « oui » ou « non »

#### Il est important de :

- déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. Quel poste occupe le soignant ; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement ; quel est son rôle auprès du patient ; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux questions du NPI-ES ?
- recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient.

#### QUESTIONS DE SÉLECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez « NON » et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance (ex. : le soignant répond NON à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer « OUI » et poser les sous-questions.

#### A. IDÉES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses. »

#### B. HALLUCINATIONS (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses, par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales ? »

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs

---

**C. AGITATION/AGRESSIVITÉ (NA)**

« Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

**D. DÉPRESSION/DYSPHORIE (NA)**

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

**E. ANXIÉTÉ (NA)**

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

**F. EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE (NA)**

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

**G. APATHIE/INDIFFÉRENCE (NA)**

« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

**H. DÉINHIBITION (NA)**

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ? »

**I. IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR (NA)**

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas. »

**J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT**

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ou enrouler de la ficelle ou du fil ? »

**K. SOMMEIL (NA)**

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou déränge le sommeil des proches ? »

**L. APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT (NA)**

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

**SOUS-QUESTIONS**

Quand la réponse à la question de sélection est « OUI », il faut alors poser les sous-questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous-questions. Si cela se produit, demandez au soignant de préciser pourquoi il a répondu « OUI » à la question de sélection. S'il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en

gravité et en fréquence. Si la réponse « OUI » de départ est une erreur, et qu'aucune réponse aux sous questions ne confirme l'existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en « NON »

### NON APPLICABLE

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté « NA » (non applicable dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n'est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex. : le soignant ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coté « NA ».

### FRÉQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

« Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous-questions ? Diriez-vous qu'ils se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ? »

1. **Quelquefois** : moins d'une fois par semaine
2. **Assez souvent** : environ une fois par semaine
3. **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4. **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps

### GRAVITÉ

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

« Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement ? À quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient ? Diriez-vous qu'ils sont légers, moyens ou importants ? »

1. **Léger** : changements peu perturbants pour le patient
2. **Moyen** : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
3. **Important** : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant

*Le score du domaine est déterminé comme suit :*

**score du domaine = fréquence x gravité**

### RETENTISSEMENT

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative au :

retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant.

Pour ce faire, demander au soignant si le comportement dont il vient de parler augmente sa charge de travail, lui coûte des efforts, du temps et le perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Le soignant doit coté sa propre perturbation sur une échelle en 5 points :

#### 0. Pas du tout

1. **Perturbation minimum** :  
presque aucun changement dans les activités de routine.
2. **Légèrement** :  
quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
3. **Modérément** :  
désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
4. **Assez sévèrement** :  
désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.



**5. Très sévèrement ou extrêmement :**

très désorganisant, source d'anxiété majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux 10 premiers domaines. L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous-scores retentissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

**INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

**En pratique clinique** l'élément le plus pertinent à retenir est le score fréquence x gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique).

D'après Sisco F, Taurel M, Lafont V, Bertogliati C, Baudu C, Girodana JY, *et al.* Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. L'Année Gériatrique 2000;14:151-71.

**Copyrights :** Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - C.H.U de NICE.

### 3. Questionnaire d'enquête

## Les soignants face à l'agressivité des patients en EHPAD

Dans le cadre d'un diplôme universitaire de médecin coordonnateur ou d'infirmier(ère) coordinateur(trice), nous sommes 4 étudiants à l'université Paris cité (2 IDE et un médecin) qui travaillons sur un mémoire collectif.

Nous avons choisi de travailler sur la prise en charge non médicamenteuse de l'agressivité chez les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs par les soignants. En effet, c'est un trouble du comportement fréquent en EHPAD et sur lequel les équipes rencontrent des difficultés dans sa prise en charge.

Notre problématique est la suivante : Quelle est la place du traitement non médicamenteux dans la prise en charge des patients atteints de troubles neurocognitifs présentant de l'agressivité par les soignants en EHPAD ?

D'une durée d'environ 5 minutes, le questionnaire est anonyme.

Un retour des résultats vous sera fait.

#### 1. Vous êtes

*Une seule réponse possible.*

- Un homme
- Une femme

#### 2. Quelle est votre profession ?

*Une seule réponse possible.*

- AS,
- Faisant fonction d'AS
- AMP
- AVS
- IDE

**3. Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?**

*Une seule réponse possible.*

- <1 an
- Entre 2 ans et 5 ans
- + de 5 ans

**4. Où travaillez-vous?**

*Une seule réponse possible.*

- En unité de vie protégée
- En unité de vie non protégée

**5. Avez-vous eu une formation sur la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles Neurocognitifs ?**

*Une seule réponse possible.*

- Récemment
- Il y a longtemps
- Uniquement pendant la formation initiale
- Plusieurs formations
- Jamais

**6. Êtes-vous formés aux thérapies non médicamenteuses?**

*Une seule réponse possible.*

- Récemment
- Il y a longtemps
- Uniquement pendant la formation initiale
- Plusieurs formations
- Jamais

**7. A quelle fréquence en moyenne, estimez vous rencontrez de l'agressivité de la part des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs ??**

*Une seule réponse possible.*

- Au moins une fois par jour
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Jamais
- Autre

**8. Dans la plupart des cas, quelles sont vos attitudes face à l'agressivité d'un patient?**

- Recherche de causes somatiques
- Recherche de causes environnementales
- Réunion d'équipe pour en parler
- Demande d'une prise en charge médicamenteuse
- Intervention thérapeutique
- Demande de relais par une collègue

- Utilisation de protocole "agressivité" ou traitement "si besoin"
- Autre (je ne fais rien, j'en parle à mon supérieur hiérarchique ou à mes collègues, ....)

Précisez .....

**9. Utilisez-vous l'échelle de Cohen Mansfield ou NPI-ES ?**

- Je ne les connais pas
- Jamais
- Très peu
- De temps en temps
- Très souvent

**10. Pensez-vous que le traitement médicamenteux est la solution pour atténuer l'agressivité chez un patient?**

- Tout à fait d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas du tout d'accord

**11. Utilisez-vous les traitements non médicamenteux dans votre prise en charge?**

*Une seule réponse possible.*

- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

Si oui, lesquels ? .....

**12. Si vous n'avez pas mis de traitements non médicamenteux en place pour la prise en charge de l'agressivité, quelle en était la raison ?**

- Manque de moyen
- Doute sur l'efficacité de ce type de traitement
- Manque de personnel
- Manque de temps
- Manque de formation
- Problème d'organisation
- Recherche d'une solution rapide

**13. Quelle est pour vous la solution prioritaire pour utiliser les traitements non médicamenteux ?**

*Une seule réponse possible.*

- Une écoute active de votre hiérarchie
- Mieux connaître l'histoire de vie du patient
- Existence et/ou mise en place du protocole de prise en charge non médicamenteux
- Augmentation des moyens financiers et humains
- Autre :.....

**14. En tant que soignant, quel est votre ressenti face à l'agressivité dans votre travail au quotidien?**

- Sentiment d'échec
- Sentiment frustration
- Épuisement psychologique
- Interrogation sur ma prise en charge du patient
- Un sentiment de peur
- Sentiment de malveillance

**MERCI**

#### 4. Protocole d'agressivité

*Proposition de protocole de prise en charge des troubles  
Psycho-comportementaux chez le sujet âgé*

### 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...

*Proposition de protocole de prise en charge des troubles  
Psycho-comportementaux chez le sujet âgé*

### III. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE

**1<sup>ère</sup> étape: analyse des troubles et typage : psychologique ou  
comportemental, aigu ou chronique, dérangeant 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.





*Proposition de protocole de prise en charge des troubles  
Psycho-comportementaux chez le sujet âgé*

**2<sup>ème</sup> 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).

*Proposition de protocole de prise en charge des troubles  
Psycho-comportementaux chez le sujet âgé*

**3<sup>ème</sup> 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**

Proposition de protocole de prise en charge des troubles  
Psycho-comportementaux chez le sujet âgé

### **STRATEGIE PHARMACOLOGIQUE**

#### **1. Crise avec agitation et agressivité :**

- de nature anxieuse : recourir aux benzodiazépines à **½ vie courte** per os ou en IM selon la compliance du patient

- ❖ Lorazepam-Temesta®;
- ❖ Oxazepam - 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 ½ 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)

*Proposition de protocole de prise en charge des troubles  
Psycho-comportementaux chez le sujet âgé*

- ❖ **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:

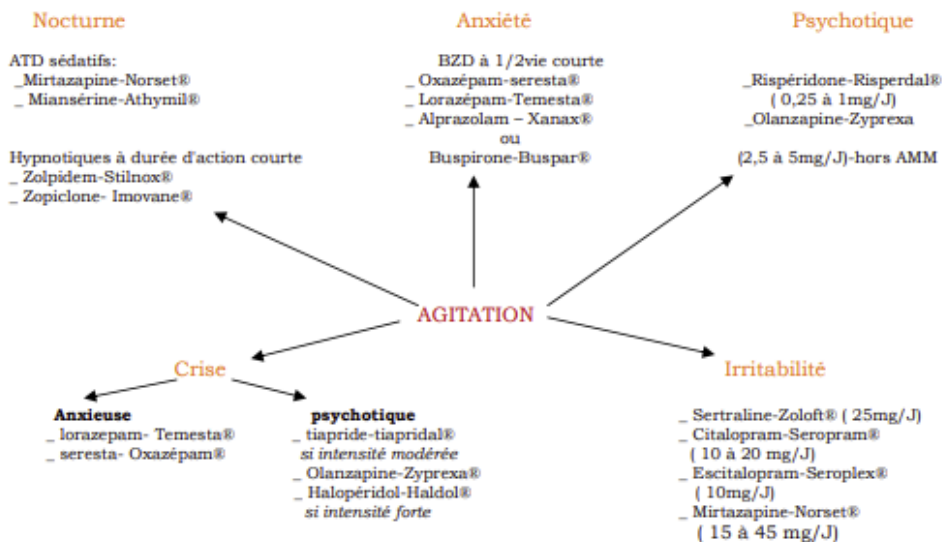
- ❖ Les neuroleptiques hypnotiques type Alimémazine – Théralène®

*Proposition de protocole de prise en charge des troubles  
Psycho-comportementaux chez le sujet âgé*

**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.

