

# Troubles du comportement en soins palliatifs

## Aspects pharmacologiques et non pharmacologiques

Dr Reich Georges Michel

Equipe de psycho-oncologie

Centre OSCAR LAMBRET (Lille)

27<sup>ème</sup> Congrès SFAP, Valenciennes 23 septembre 2021

- ***Liens d'intérêts déclarés par l'intervenant :***

***absence de lien d'intérêts déclarés pour cette intervention***

# Troubles du comportement en SP

- Les troubles du comportement représentent une **complication majeure** en situation palliative pouvant grever un pronostic déjà sombre.
- Ils peuvent parfois ne survenir que dans les **derniers jours de vie** et la ou les causes exactes ne seront retrouvées que dans 50 % des cas
- Ils ont des **conséquences importantes** sur le patient, son entourage familial (aidants) et sur les soignants (épuisement)
- Ils peuvent générer **maltraitance, iatrogénie et surprescription** médicamenteuse

- Distinguer :
  1. **Présence d'une altération de la conscience** ce qui va orienter vers une **cause organique** essentiellement un syndrome confusionnel
  2. **Absence d'une altération de la conscience** ce qui va orienter vers une **cause psychiatrique** ou une simple colère sans trouble psychiatrique

- Distinguer :

1. Le patient présentant une **cause organique** sans ATCD psychiatriques ou de maladies neurodégénératives (« démences »)
2. Le patient présentant un **trouble psychiatrique** préexistant à sa pathologie somatique
3. Le patient âgé présentant **une maladie neurodégénérative** préexistant à sa pathologie somatique

# Les différents sortes de troubles du comportement

- **Troubles du comportement psychomoteur**

- L'agitation verbale, motrice
- L'agressivité verbale (insultes), physique (auto ou hétéroagressivité)
- La désinhibition
- Les déambulations nocturnes, comportements d'errance, fugues
- Le ralentissement et l'apathie

# Les différents sortes de troubles du comportement

- **Les réactions d'opposition**
  - refus de soin
  - refus de coopération
  - refus d'alimentation
  - refus de la toilette
  
- **Les symptômes d'allure psychotique**
  - hallucinations
  - illusions
  - délire

# Les états d'agitation et d'agressivité

Les symptômes à rechercher

Modification du comportement verbal	Agitation physique	Agressivité verbale	Agressivité physique
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se plaint sans cesse</li> <li>• Répète les mêmes questions ou les mêmes phrases</li> <li>• Émet des bruits bizarres</li> <li>• Fait des avances sexuelles verbales (désinhibition)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déchire des vêtements ou détruit des objets</li> <li>• Dérobe, cache ou amasse des objets</li> <li>• Manipule sans but des objets</li> <li>• Avale des produits non comestibles</li> <li>• Attire constamment l'attention</li> <li>• Attrape sans cesse les gens ou les objets</li> <li>• Se déshabille et se rhabille</li> <li>• Bouge sans cesse</li> <li>• Déambule</li> <li>• Essaie d'aller ailleurs</li> <li>• Fait des avances sexuelles (désinhibition)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jure</li> <li>• Est opposant</li> <li>• Pousse des cris</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donne des coups</li> <li>• Bouscule</li> <li>• Morsure</li> <li>• Crache</li> <li>• Donne des coups de pied</li> <li>• Griffes</li> <li>• Se blesse</li> <li>• Blesse les autres</li> <li>• Tombe volontairement</li> <li>• Lance des objets</li> </ul>



# Agitation en USP : diagnostic étiologique

- Eliminer une **cause somatique** et un symptôme physique non contrôlé :
  - douleur physique, dyspnée,...
  - cardio-pulmonaire (EP, IDM),
  - troubles digestifs (fécalome) et urinaires (globe vésical)
  
- Eliminer une **cause biologique** ou **iatrogénique**
  - troubles métaboliques (NA<sup>+</sup>, CA<sup>2+</sup>), hypoxie,
  - troubles endocrinologiques: dysthyroïdie, diabète, hypercortisolisme
  - toxicité médicamenteuse (sevrage ou surdosage) (M<sup>+</sup>, corticoïdes, BZD)  
ou alcool (sevrage, surdosage) ou autres ...

# Agitation en USP : diagnostic étiologique

- **Éliminer une cause neuro-psychiatrique :**
  - Syndrome confusionnel, maladie neuro-dégénérative (« démence »)
  - épilepsie, catatonie
  - épisode psychotique aigu ou chronique décompensé
  - troubles de l'humeur : bipolarité, épisode maniaque
  - troubles de personnalité : état-limite, psychopathie, ...
  - Addiction : syndrome de manque
  
- **Éliminer une cause psychologique réactionnelle :**
  - colère
  - anxiété/angoisse
  - détresse émotionnelle ou existentielle
  - intolérance à la frustration
  - situation nouvelle à laquelle le patient hospitalisé est incapable de s'adapter
  - annonce de mauvaise nouvelle type annonce soins palliatifs

# Syndrome confusionnel :

## Deux sous types de troubles du comportement

*Friedlander MM et al, Oncology 2004*

### Forme hyperactive

- agitation, hyperactivité
- hypervigilance
- tachypsychie
- troubles des perceptions (hallucinations, délire)
- typiquement vu dans syndrome de sevrage

### Forme hypoactive

- diminution de la vigilance
- ralentissement majeur
- léthargie, somnolence, apathie
- stupeur, bradypsychie
- absence, perplexité, repli
- lenteur de réponse aux sollicitations, apragmatisme
- troubles des perceptions rares
- typiquement vus dans encéphalopathies

# Messages

- Il y a des agitations sans confusion et inversement
- Il y a des confusions avec somnolence et hypoactivité
- Se préoccuper des **formes ralenties** de confusion mentale car elles sont **plus fréquentes** (50 à 86 % en SP), **moins bien repérées** et ont un **plus mauvais pronostic** que les formes agitées donc :
  - évaluation cognitive **systematique** en pratique clinique routinière
  - utilisation d'un **outil de dépistage** (EDD, CAM, MDAS)
  - les formes ralenties doivent **aussi être traitées** pharmacologiquement

# Agitation : approche globale du TT

ON S'ATTACHERA TOUJOURS A :

- **EVALUER** la gêne ressentie par le patient
- **RASSURER, INFORMER** le patient et son entourage (*écoute, attention, présence,...*)
- **RECHERCHER** et traiter la/les causes d'agitation
- **SOULAGER** ce symptôme

# Agitation : Règle de bon sens

- Dans toutes les situations rencontrées :
  - évaluer **l'intérêt** des traitements qu'ils soient pharmacologiques ou non, en fonction du stade avancée ou pas de la maladie.
  - les traitements ne doivent **pas aggraver l'inconfort** du patient
  - privilégier autant que faire se peut le **dialogue** mais sans pour autant se mettre en danger face à une hétéroagressivité toujours possible
  - intérêt d'être **2 soignants** pour voir le patient agité (au cas où un passage à l'acte se produirait)

# Approches non médicamenteuses de l'agitation

- Rester calme et empathique
- Privilégier un interlocuteur unique
- Garder un timbre vocal identique : doux, éviter de surenchérir si cris
- Informer, rassurer, sécuriser : savoir identifier les conduites à risques (*risques pour les patients et pour les tiers*) tout en restant ferme sur les CAT
- Favoriser les contacts apaisants, brefs et fréquents des soignants
- Éviter la multiplication des intervenants
- Adapter la communication (*utiliser si possible/besoin le détournement d'attention*)
- Encourager la présence des proches



# Approches non médicamenteuses de l'agitation

- Gestion de l'environnement : éviter les stimulations excessives
  - luminosité pas trop forte,
  - diminution des stimulations sensorielles,
  - maintien des repères (*objets personnels...*),
  - mesures de sécurité (éloigner tout objet contondant ou potentiellement dangereux)
- Les approches corporelles peuvent être utiles, dans la mesure des possibilités du patient et de l'équipe (*massage, musicothérapie, ergothérapie, sophrologie,...*)
- La contention physique ne sera prescrite qu'en dernier recours en cas de mise en danger du patient pour lui-même sur prescription médicale



# Approches pharmacologiques de l'agitation

- Quelques règles de base  
Elles ne seront envisagées:
  - qu'après échec des mesures non médicamenteuses
  - qu'après évaluation du rapport bénéfice/risque
  - de façon limitée dans le temps
  - réévaluer de façon pluriquotidienne le traitement médicamenteux en termes d'efficacité et tolérance
- Attention à l'usage de la contention physique (sur prescription médicale et ré évaluable) associée à une contention « chimique »
- TT symptomatique associé au tt étiologique (ex globe vésical; nettoyage de « pancarte » pour la iatrogénicité)

# Les états d'agressivité et d'agitation

## Les neuroleptiques, les antipsychotiques, les anxiolytiques, les thymorégulateurs

- Symptômes cibles des psychotropes
  - Hallucinations, illusions, délire
  - Agitation, agressivité
  - Manie
  - Crise de panique, anxiété réactionnelle

# Approches pharmacologiques de l'agitation

- **TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE :**
- Utilisation d'un **anxiolytique** si agitation anxieuse [oxazepam (SERESTA<sup>®</sup>), alprazolam (XANAX<sup>®</sup>), bromazepam (LEXOMIL<sup>®</sup>)]
- Utilisation d'un **neuroleptique** si agitation psychiatrique [Ex : halopéridol (HALDOL<sup>®</sup>), loxapine (LOXAPAC<sup>®</sup>), cyamémazine (TERCIAN<sup>®</sup>)]
- Utilisation possible d'un **antidépresseur** si composante thymique associée ou à visée anxiolytique [Ex : escitalopram (SEROPLEX<sup>®</sup>), sertraline (ZOLOFT<sup>®</sup>), venlafaxine (EFFEXOR<sup>®</sup>)]
- En cas d'agitation extrême au cas par cas : possibilité d'une sédation : midazolam (HYPNOVEL<sup>®</sup>)

# Molécules disponibles

Génériques	Posologie si AL ou AM	Posologie si AI	Voie d'administration Présentations	Indications	Effets secondaires
<b>Neuroleptiques conventionnels</b>					
Halopéridol (Haldol®)	0,5-2mg/ 2-12h	5-10mg/jour	PO,IM,,SC Gouttes 2°/∞ (2mg/ml) Amp 1ml=5mg	Hallucinations	Syndrome extrapyramidal surtout si doses > 5mg/j ↑ espace QT à l'ECG
Chlorpromazine (Largactil®)		25-50 mg 1à 2 fois/jour	Cp 25, 100mg Gouttes 4% : 1mg/goutte Amp 5ml=25mg	Agitation importante	Sédation Hypotension Anticholinergiques
Cyamémazine (Tercian®)	10-25mg /12h	50-100 mg/jour	Cp 25, 100mg Gouttes 4% : 1mg/goutte Amp 5ml=50mg	Anxiété Délire	Sédation Hypotension Anticholinergiques
Zuclopenthixol (Clopixol®)	5-25mg/jour	50-100mg /3 jours	PO,IM ASP Cp 10,25mg Gouttes 2% : 1mg/goutte Amp 1ml=50mg/3jours Amp 2ml=100mg/3jours	Idées paranoïdes, délire, agitation maniaque	Syndrome extrapyramidal

# Molécules disponibles

Génériques	Posologie si AL ou AM	Posologie si AI	Voie d'administration Présentations	Indications	Effets secondaires
Loxapine (Loxapax <sup>®</sup> )		25-100mg/j	PO, IV, IM Cp 25, 50 mg Amp 2ml=50mg	Agitation importante action rapide en urgence	Sédation hypotension
<b>Antipsychotiques atypiques</b>					
Rispéridone (Risperdal <sup>®</sup> )	0,5-2mg/jour	2-4mg/jour	PO Cp 1, 2, 4 mg Sol buv 1mg/ml	Délire, idées paranoïdes	Syndrome extrapyramidal Syndrome métabolique
Olanzapine (Zyprexa <sup>®</sup> )	2,5-5 mg/12-24h	5-10mg/jour	PO, IM Cp 5,10, 15, 20 mg Cp orodispersible Sol injectable IM : 5mg/ml	Sédation	Prise pondérale Syndrome métabolique
Aripiprazole (Abilify <sup>®</sup> )	5-10 mg/jour	15-30mg/jour	PO Cp 5, 10 mg Cp orodispersible Sol injectable IM :7,5mg/ml : flacon de 1,3 ml	Délire	Akathisie
<b>Benzodiazépines</b>					
Lorazepam (Témesta <sup>®</sup> )	0,5-2,5 mg/jour	5-10mg/jour	PO Cp 1, 2,5mg	Agitation Manie	Sédation
Midazolam (Hypnovel <sup>®</sup> )	30-300 mg/jour	1-5mg/h	IV, SC continu	Phase terminale	Sédation

# L'agressivité en SP

- L'agressivité est une manifestation de la colère. Elle peut être causée par des lésions cérébrales mais le plus souvent par un facteur déclencheur
- La personne est effrayée, angoissée, en détresse. Elle ne comprend pas la situation et ne se maîtrise plus
- Parfois, elle n'a pas conscience de ses troubles
- Les comportements violents vont des accusations ou des insultes aux coups, morsures
- L'agressivité verbale est un moyen de s'affirmer, de montrer que la personne est encore présente, qu'elle possède un certain pouvoir et qu'elle ne se laisse pas faire

# L'agressivité en SP

- Faire une enquête anamnestique :
    - S'entretenir avec l'équipe soignante puis l'entourage familial ou divers intervenants au domicile : infirmière – aide ménagère, auxiliaire de vie.
    - Recueillir des informations
      - existence d'antécédents  $\Psi$
      - existence d'épisodes analogues
      - traitements en cours
      - intoxication possible (alcool – comprimés)
      - existence de maladies somatiques associées
      - changements récents du contexte de vie
    - Analyser le trouble
- Mode de survenue – intensité – modalité d'évolution – fréquence – répercussion
- Examen
    - examiner en dehors de la présence de l'entourage
    - observer le comportement
    - écouter attentivement



# L'agressivité en SP

- ▶ Réagir face à la crise d'agressivité
  - Ne pas discuter ou réagir avec colère (réaction d'escalade)
  - Enlever les objets dangereux et créer un climat sécurisant
  - Donner des consignes claires (lui dire calmement mais fermement d'arrêter)
  - Approcher face à la personne pour ne pas la surprendre
  - Avoir des gestes lents
  - Conserver une distance physique
  - Ne pas rester seul, pluridisciplinarité
  - Maîtriser ses propres réactions
  - Essayer de dédramatiser la situation vs désamorcer les réactions de rejet
  - Toujours essayer de rechercher un facteur déclenchant



# Traitement de la Confusion mentale en SP

- Contrôler les manifestations comportementales
- Diminuer la détresse psychologique
- Assurer le maintien des fonctions physiologiques de base (apports nutritionnels et hydriques)
- Assurer la sécurité du patient, de l'entourage et des soignants
- Assurer la prévention des complications médicales et légales
- Traiter les causes identifiables et/ou les facteurs contributifs
- Traitement symptomatique
- Traitement pharmacologique approprié
- Interventions environnementales
- Maximaliser le fonctionnement de l'entourage : engagement, aide à la décision

# Mesures non pharmacologiques pour traiter une confusion mentale

*adapté de Breitbart W et al JCO 2012*

- Lister la liste des médicaments pour faire un « nettoyage de la pancarte »
- Contrôler la douleur physique
- Favoriser une bonne hygiène du sommeil
- Monitorer la déshydratation, les troubles métaboliques et les problèmes de nutrition
- Monitorer les déficits sensoriels (vision/audition)
- Eviter si possible l'immobilisation et encourager la mobilisation précoce
- Limiter autant que faire se peut les moyens de contention sauf si dangerosité
- Eloigner tout objet potentiellement dangereux
- Surveiller le fonctionnement vésical (diurèse) et intestinal (selles)
- Réorienter fréquemment le patient (montre, calendrier, objets familiers)
- Encourager les stimulations cognitives sous forme d'activités
- Ecoute des préoccupations et des peurs du patient
- Expliquer au patient toutes les interventions et procédures effectuées par l'équipe soignante
- Débriefing en post confusion (vécu, ventilation émotions, clarification symptômes)

# Prise en charge environnementale de la CM en SP

## De l'ordre du nursing et de l'éducation /information

- Action sur l'environnement
- Soutien des proches

- ➔ **Éviter la contention si possible mais nécessaire si dangerosité** ( voir recommandations ANAES)
- ➔ **éloigner tout objet potentiellement dangereux**
- ➔ **Donner des repères** : lumière calme, noms des soignants, lieux (les décrire, les nommer ), temps ( horloge, calendrier...), rituels annoncés ( repas , visite médicale), objets familiers, lunettes et appareils auditifs, présence de la famille
- ➔ **Stimuler** pendant la journée pour conforter le rythme nycthéméral mais éviter sources d'hyperstimulation sonores et/ou lumineuses ou d'hypostimulation
- ➔ Importance de **rassurer** le patient et sa famille vis-à-vis de la peur de devenir « fou »
- ➔ **Explication** des troubles, légitimer les comportements (patient et proches)

*Meagher DJ et al Br J Psychiatry 1996; Inouye SK NEJM 2006*

# Traitement préventif de la confusion en SP

*adapté du protocole HELP : Hospital Elder Life Program*

*Inouye SK NEJM 2006;*

- Mise en place d'un **protocole d'orientation** de la part des soignants :
  - informer le patient régulièrement de son environnement et des membres de l'équipe soignante à son chevet + fournir calendrier et horloge
  - favoriser l'accès aux aides visuelles (lunettes, loupe) et auditives (prothèse)
  - communication adaptée (éviter jargon médical) et stimulation cognitive
- Mise en place d'un **protocole de sommeil** pour éviter les réveils nocturnes intempestifs et favoriser un temps nocturne ininterrompu de sommeil
  - privilégier boisson chaude, musique douce, massages
  - éviter bruit et lumière trop intenses
- Mise en place d'un **protocole de mobilisation** précoce pour favoriser la déambulation et la mobilité
  - éviter si possible contention

*Robinson TN et al Clin Interv Aging. 2008;Gentric A et al Rev Med Interne 2007; Inouye SK et al Arch Intern Med 2003*

# La déambulation en SP

- ▶ C'est un comportement répété, prolongé et non contrôlé, caractérisé par une marche et des déplacements incessants.
  - le mode exploratoire : la personne entre dans les chambres, fouille dans les placards, prend les objets sur son passage
  - Le mode compulsif : la personne marche de façon linéaire, rien ne peut l'arrêter
  - La déambulation nocturne : la personne présente des troubles du sommeil, elle marche toute la nuit et s'endort parfois sur un fauteuil ou dans un lit qui n'est pas le sien.

# La déambulation en SP

## ► Les bénéfices

- Préserve les capacités motrices
- Présente un plaisir pour la personne
- Contribue à l'entretien des relations sociales

## ► Les risques

- Blessures, chutes, fractures
- Perte de poids, dénutrition, déshydratation
- Sortie inopinée
- Conflits avec les autres patients
- Epuisement des soignants

# La déambulation en SP

## ► Conduite à adopter

Dans la mesure du possible, il faut tolérer et respecter la déambulation.

- Veiller à ce que l'espace de déambulation soit dégagé
- Ne pas lui barrer le chemin, l'accompagner puis le guider
- Surveiller les accès vers l'extérieur et vers les locaux techniques
- Signaler cette personne au service de sécurité , port d'un bracelet de reconnaissance (identité)
- S'assurer que la personne est correctement chaussée
- Lui proposer des aliments possibles à manger debout
- Signaler les chutes



# Les cris en SP

- Les cris répétés et persistants, sans raison apparente, sont désagréables pour les personnes qui vivent ou qui travaillent auprès de la personne malade.
- Ils peuvent être causés par une douleur passée inaperçue, ou encore par la peur, l'anxiété ou la volonté d'attention.
- Ils sont difficiles à comprendre et à maîtriser.



# Les cris en SP

## ► À faire :

- Isoler la personne dans un endroit calme
- Rassurer par quelques minutes de présence aussi souvent que possible
- Exercer une présence active, une immersion dans la douceur et l'affection
- Utiliser l'approche corporelle, le toucher affectif
- Procurer quelque chose de doux à manipuler
- Lorsque les cris s'atténuent, lui accorder beaucoup d'attention, lorsque les cris recommencent, ne plus lui accorder d'attention.

# L'apathie en SP

- **Définition**

C'est un trouble de la motivation, caractérisé par un émoussement affectif, une perte d'initiative et une perte d'intérêt. (fréquent dans la maladie d'Alzheimer 60%)

- Perte ou baisse de motivation comparativement à l'état antérieur ou un fonctionnement normal pour l'âge et le niveau culturel du patient.

- **Critères diagnostiques**

Perte de la capacité à initier un comportement et à répondre à un stimulus

- Moteur : perte ou réduction des comportements dirigés vers un but (auto-initiés et sollicités)
- Cognition : perte ou réduction des activités cognitives (spontanéité et perte de réactivité aux commentaires)
- Émotion : perte ou diminution des émotions (indifférence affective)

- **Conséquences**

- Diminution des performances et initiatives cognitives, motrices, thymiques
- Augmentation du handicap fonctionnel
- Augmentation du risque de maltraitance par négligence

# L'apathie en SP

## ▶ À faire

- Vérifier que l'apathie n'a pas de causes somatique (cancer en phase avancée)
- Adopter une attitude bienveillante
- Privilégier l'autonomie
- Valoriser la participation aux actes de la vie quotidienne
- Connaitre la personnalité antérieure de la personne (histoire, intérêt, métier)
- TT médicamenteux dépend de l'étiologie (ADP si dépression, inhibiteur cholinestérase si démence)

## ▶ À ne pas faire

- Ne jamais forcer la personne à accomplir un geste ou à participer à une activité
- Ne pas solliciter de façon incessante
- Ne pas faire la morale
- Pas d'abus de pouvoir ou d'infantilisation
- Ne pas aller trop vite ou proposer plusieurs choses à la fois

# Le refus de soins en SP

- **Le refus est un acte de liberté individuelle**, c'est un moyen ultime d'expression du patient au terme de son existence. Face à un refus du patient, la préoccupation prioritaire est le confort de la personne.
- Le refus est fréquent en cas de syndrome confusionnel ou de maladies neurodégénératives (démence Alzheimer, corps de Lewy, ...) il peut-être exprimé verbalement ou par le comportement, ponctuellement ou de façon répétée.
- Le refus peut concerner tous les soins prodigués, médicaux, nursing ou en rapport avec la perte d'autonomie.
- Le refus peut être lié à un problème de compréhension mais pas uniquement.

# Le refus de soins en SP

## ▶ À faire

- Être doux, rester calme
- Essayer de décaler le soin
- Être à l'écoute, comprendre la raison du refus
- Solliciter l'aide de la personne, privilégier l'autonomie
- Solliciter une discussion au sein de l'équipe lors des staffs
- Demander à un autre soignant d'assurer le soin
- Négocier afin d'assurer les soins prioritaires
- In fine : une décision doit être prise en équipe et remise en question devant tout changement de situation.

## ▶ À ne pas faire

- Infantiliser
- Faire la morale
- Parler de façon autoritaire
- Forcer la personne
- Utiliser des moyens de contention
- Faire abstraction des principes d'éthique et de déontologie

## En guise de conclusion : Patients avec un trouble du comportement dans une USP

1. Avoir une **attitude bienveillante**, rassurante et sécurisante (respect principe de dignité) pour instaurer un climat de confiance
2. Etre **attentif** à tout changement de comportement du patient
3. Prendre **en considération** la **plainte** du patient même si elle semble inadaptée au premier abord
4. **Approche globale** du patient « psychiatrique » et personnalisé : « un savoir faire » et un « savoir être » adapté à la différence, et à la difficulté

# En guise de conclusion : Patients avec un trouble du comportement dans une USP

5. **Soulager** rapidement la douleur

6. **Avis spécialisé** si nécessaire : Réunion Clinique Pluridisciplinaire ou Supervision d'Equipe

7. **Travail d'équipe** +++: solliciter le dialogue avec chacun des intervenants, partage d'expérience et d'expertise, se donner les moyens d'envisager ensemble les valeurs à promouvoir, proposer des orientations d'approche : inter et pluridisciplinaire

8. Si décision d'un **transfert en psychiatrie** : **décision** doit être **concertée** afin de préparer l'admission dans de bonnes conditions (contact avec l'équipe **psy du secteur** +++), liens avec famille et personne de confiance. En pratique **rarissime** dans un contexte de soins palliatifs