

Journée territoriale de la Psychogériatrie

Filière gériatrique du territoire Valenciennois-Quercitain

22.11.2024

Palais des Séniors - St Amand-les-Eaux



Tables rondes à l'attention des professionnels

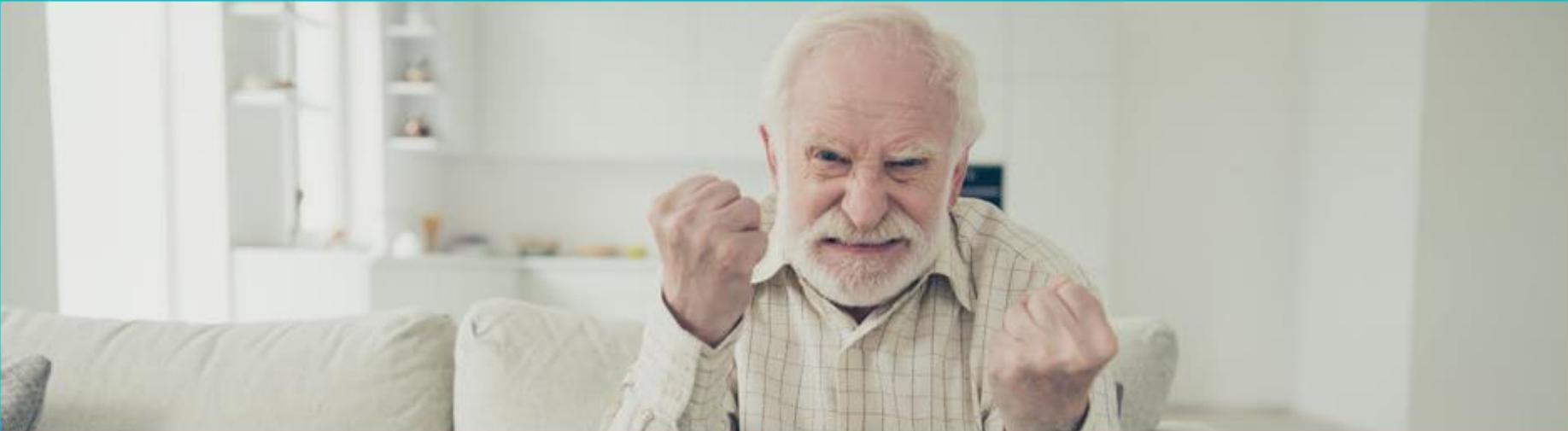
Matinée de 9h à 12h



L'agressivité comme symptôme: la définir, la mesurer, et y répondre

Modérateur: Dr Soyez, Psychogériatre,
Centre Hospitalier de Valenciennes





AGRESSIVITÉ

Mme Delphine MARTINACHE

IDE de l'Equipe Mobile de Psycho-Gériatrie du CH de Valenciennes

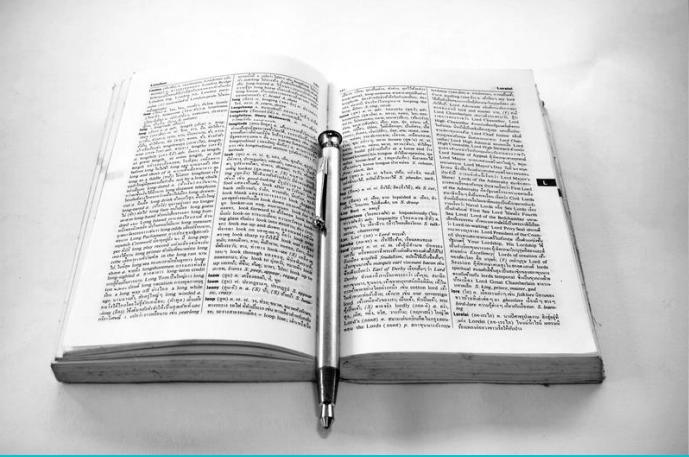
Dr Sylvie SOYEZ

Psycho-gériatre du CH de Valenciennes



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES





DÉFINITIONS

En psychiatrie

L'agressivité est une forme de comportement humain qui se manifeste par de la violence à l'égard d'autrui ou de soi-même

En psychologie Sociale

Tout comportement ou acte visant à nuire à une personne ou un animal, ou à endommager des biens matériels

En gériatrie

C'est souvent la démonstration d'un pb sous-jacent que le senior a eu du mal à vivre. Une réalité à un moment douloureux, ressenti par la personne âgée. L'agressivité lui permet de supporter ces changements et surtout de communiquer son mal-être.



DÉFINITION SELON L'OMS

L'agressivité est une réaction psychophysiologique, préméditée ou impulsive, caractérisée par un comportement hostile, dirigée contre une cible, considérée comme une menace

L'agressivité se caractérise par de l'hostilité, de la violence, de la malice et une tendance à déclencher des conflits. Elle peut s'exprimer par un comportement physique, verbal ou émotionnel. La cause sous-jacente de l'agressivité est souvent liée au stress, à la frustration ou à un sentiment d'injustice.

L'AGRESSIVITÉ CONSTITUTIVE DU VIEILLISSEMENT?

Toutes les fonctions de contact sont affectées par l'âge :



Altération des **Fonctions biologiques, physiologiques et sensorielles** (vue/ouïe/toucher/odorat/goût) élocution difficile, perte de mémoire, effort physique douloureux



Modernité et complexité croissantes de l'**environnement** qui semble devenir hostile



Réduction progressive du **réseau relationnel** (perte d'amis / décès du conjoint / départ des enfants)

Certains s'adaptent, d'autres s'entêtent, résistent aux changement



L'AGRESSIVITÉ DANS LES MALADIES NEUROLOGIQUES



Toutes les affections du système nerveux central peuvent se compliquer de troubles affectifs, psychotiques, cognitifs ou comportementaux.

On retrouve l'agressivité dans certaines tumeurs cérébrales (ex tumeurs frontales), dans certaines phases des crises d'épilepsie, plus rarement dans l'évolution des maladies de Parkinson ou de la Sclérose en Plaque.

L'AGRESSIVITÉ, SYMPTOME DES MALADIES NEUROCOGNITIVES (DÉMENCES)



- Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) sont systématiquement retrouvés dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, parfois plus précoces que les troubles de la mémoire
- Expression clinique très variable:
 - troubles dits productifs agitation et agressivité,(souvent associés) hallucinations, idées délirantes,
 - troubles non productifs: apathie, dépression, anxiété

L'AGRESSIVITÉ, SYMPTOME DES MALADIES NEUROCOGNITIVES (DÉMENCES)



- L'agressivité et autres comportements perturbateurs sont plus fréquents aux stade sévère de la maladie d'Alzheimer: souvent expression plus difficile d'un inconfort physique ou psychologique
- Majoration du risque d'agressivité diurnes en cas de troubles du sommeil et notamment syndrome d'apnée du sommeil
- Les changements de caractère et l'agressivité sont parfois les symptômes de début d'une démence fronto-temporale

AGRESSIVITÉ ET DÉPRESSION



- Tableau clinique de la dépression hostile ou « syndrome de tatie Danièle »
- Attitude agressive: personne âgée irritable, susceptible, opposante, colérique, hostile à son entourage.
- Personne méfiante , agitée et émotionnellement labile
- Serait mécanisme de protection vis-à-vis de l'auto agressivité, auto dévalorisation



: ne pas confondre avec perturbation caractérielle, trouble de personnalité.

Y penser devant changement importants et récent des échanges relationnels

AGRESSIVITÉ ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ



L'agressivité est citée dans la description de certains troubles de personnalité de type:

- Antisociale ou psychopathique
- Paranoïque
- Borderline (état limite)
- Passive aggressive (négativiste)

MALADIES PSYCHIATRIQUES ET RISQUES DE VIOLENCE (RAPPORT HAS 2011)



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

- risque de violence chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves (troubles schizophréniques ou de l'humeur)
- En France, 1 % de la population souffre de troubles schizophréniques et 1 % de troubles bipolaires. Ils sont à l'origine de 3 à 5 % des cas de violence.
- Evolution des troubles schizophréniques : les troubles positifs (hallucinations, délire, agitation) sont diminués et les troubles négatifs (déficits de fonctions, tels désorganisation, retrait social isolement, apathie...) plus nombreux.
- Evolution des troubles bipolaires : les épisodes mixtes, au cours desquels surviennent à la fois des symptômes dépressifs et des symptômes maniaques, sont plus fréquents. Augmentation des symptômes délirants congruents à l'humeur.
- Cas particulier des psychoses d'apparition tardives ou très tardives: de diagnostic difficile du fait de l'intrication avec les TNC

SIGNES D'ALERTE, RISQUES DE PASSAGE À L'ACTE VIOLENT



Troubles schizophréniques

- délire paranoïde avec injonction hallucinatoire ;
- idées délirantes de persécution avec dénonciation d'une personne considérée comme persécutant le malade ;
- idées délirantes de grandeur, passionnelles ou de filiation ;
- menaces écrites ou verbales pouvant évoquer un scénario de passage à l'acte contre le persécuteur supposé ;
- consommation importante d'alcool ou de substances psycho-actives

Troubles bipolaires

- importance de la douleur morale ;
- idées de ruine, d'indignité ou d'incurabilité notamment quand elles s'élargissent aux proches ;
- sentiment d'injustice ou de blessure narcissique.

MALADIES PSYCHIATRIQUES ET RISQUES DE VIOLENCES (RAPPORT HAS 2011)



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Les signes d'alerte:

- propres aux patients,
- signalés par l'entourage familial / les équipes soignantes/ les patients eux-mêmes.
- Etre attentif et à l'écoute des proches permet souvent de désamorcer un possible passage à l'acte violent: renforcer le suivi /modifier traitement/ proposer une hospitalisation = éviter la survenue de la violence.



AGRESSIVITÉ : CONDITIONS DE SURVENUE

Dr. Anne-Sophie CIAPA
Gériatrie du CH de Valenciennes



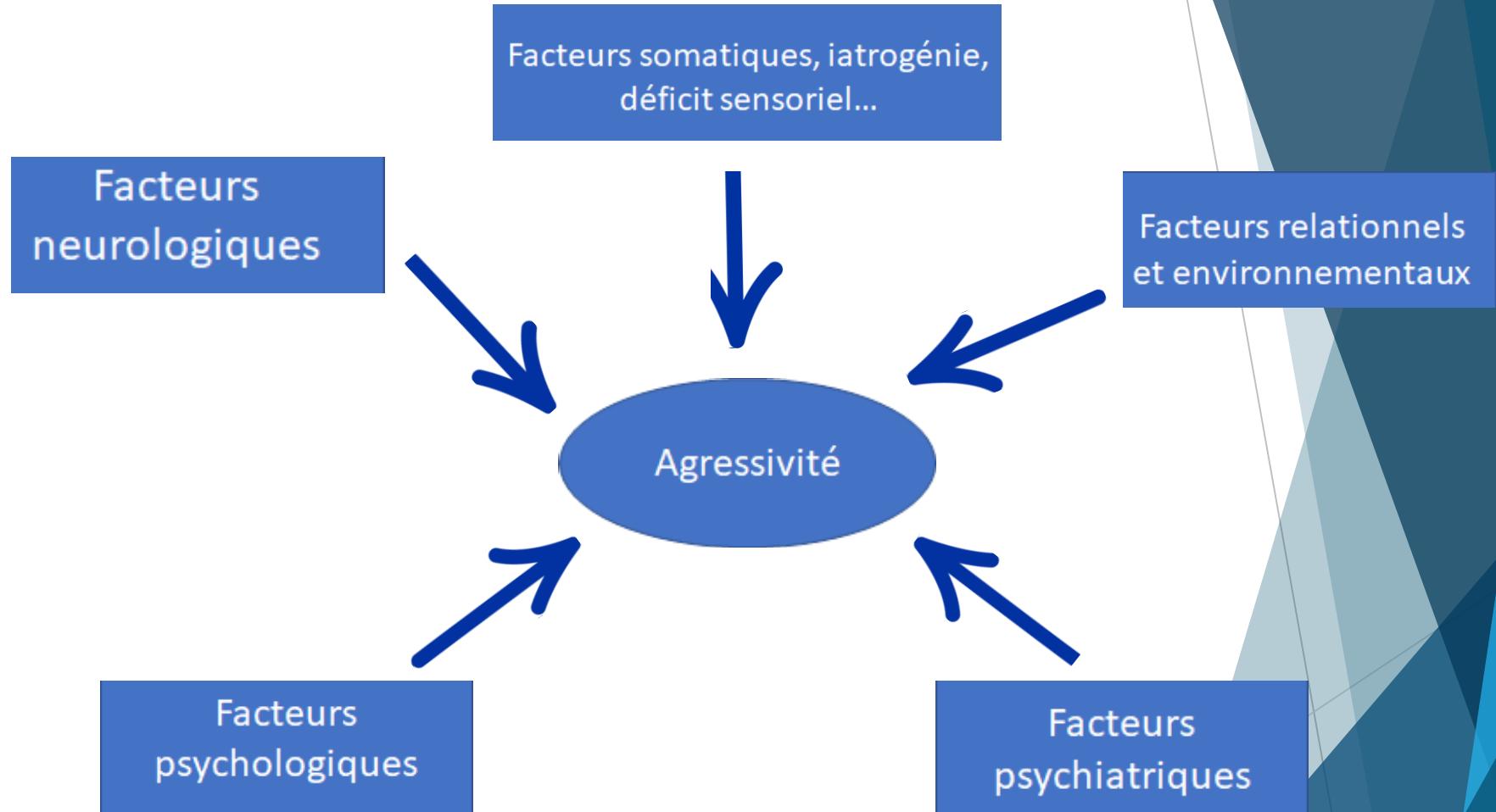
CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES



Centre Ressources en Psychogériatrie
et Psychiatrie de la Personne Âgée

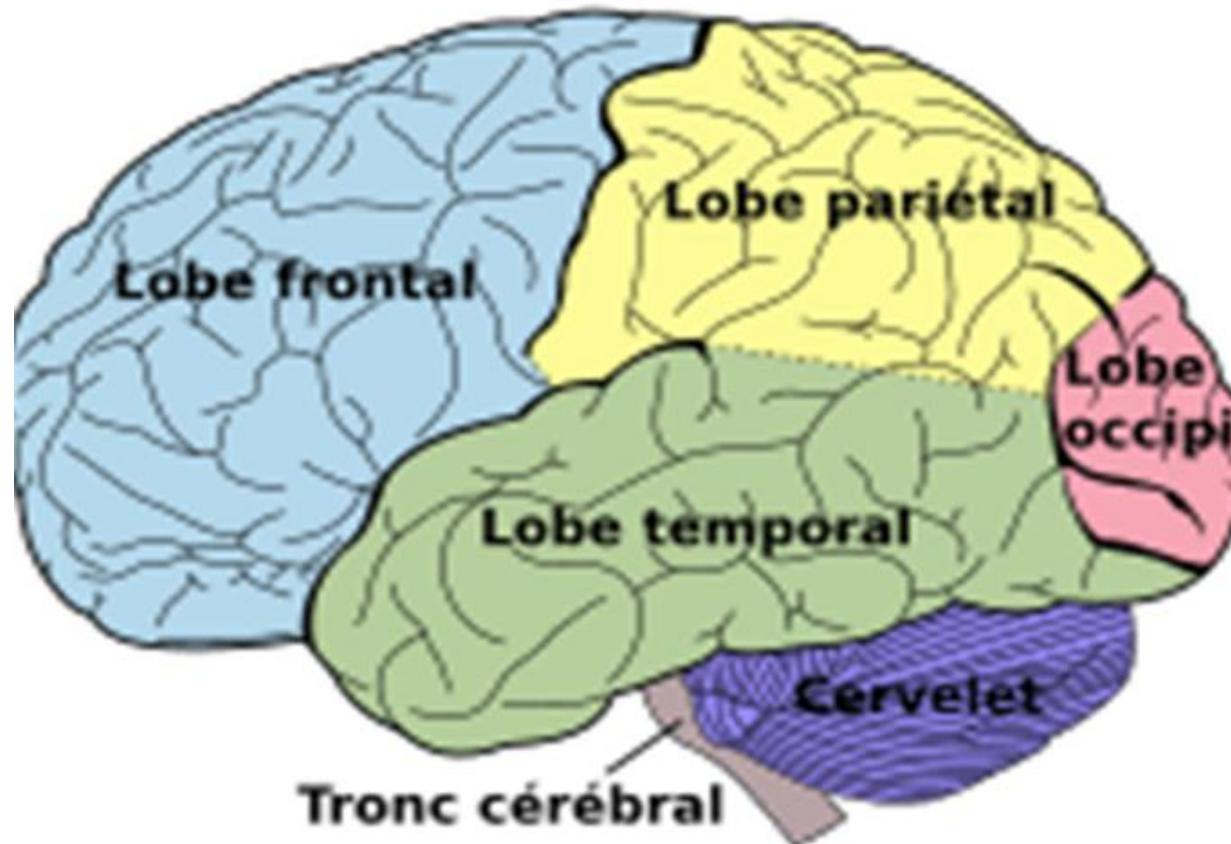


MULTI FACTORIEL



FACTEURS NEUROLOGIQUES

- Morphologique
- Fonctionnel



FACTEURS LIÉS AU PATIENT



Facteurs psychologiques et psychiatriques

- Parcours de vie
- Profil de personnalité (paranoïaque, antisociale, borderline, passive agressive...)
- Vulnérabilité psychiatrique antérieure (connue ou méconnue): trouble de l'humeur, dépression

Facteurs somatiques

- Les personnes âgées sont polypathologiques et souvent polymédiquées
- Attention à bien y penser si l'agressivité est d'apparition brutale

Déficiences sensorielles

FACTEURS RELATIONNELS ET ENVIRONNEMENTAUX

Au domicile



- La capacité d'adaptation des aidants dépend de nombreux facteurs

En institution



- Formation du personnel
- Unités spécialisées (UCC/UHR)
- Aménagement et respect des rythmes individuels
- Architecture adaptée

= Apporter une réponse personnalisée avec une organisation adaptable et un environnement adapté

EN PRATIQUE

Si Aigu

Éliminer une problématique somatique sous-jacente

Objectiver si l'agressivité est durable

Si sub-aigu

En l'absence d'épine irritative : revoir l'environnement (aidant et prise en charge)

Si Chronique

Malgré une prise en charge adaptée
= **Evolution de la maladie**

TRAITEMENTS PSYCHOTROPES (SI ECHEC DES TECHNIQUES NON MÉDICAMENTEUSES)



4 classes de thérapeutiques



Benzodiazépines
1/2 vie courte



Anti- dépresseurs



Anti- psychotiques

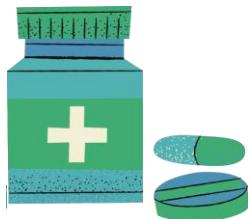


Thymo-régulateurs

- Prescrites dans de nombreuses situations cliniques mais leur utilisation reste souvent hors AMM
- Effets indésirables importants et sévères (aggravation des troubles cognitifs, chute, fracture, troubles du rythme et excès de mortalité...)
- Titration la plus faible possible à ré évaluer régulièrement pour obtenir une posologie minimale efficace

A individualiser à chaque PEC : Pas de recette miracle, délai d'action des médicaments à respecter...

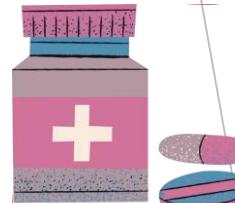
TRAITEMENTS PSYCHOTROPES (SI ECHEC DES TECHNIQUES NON MÉDICAMENTEUSES)



Benzodiazépines 1/2 vie courte

Indiquée si agressivité et agitation dans un contexte anxieux, souvent en “si besoin”:

- OXAZEPAM
- ALPRAZOLAM
- LORAZEPAM



Anti- déprimeurs

ISRS en 1ere intention:

- CITALOPRAM
- ESCITALOPRAM

meilleur niveau de preuve mais risque cardiaque
puis :

- SERTRALINE

TRAITEMENTS PSYCHOTROPES (SI ECHEC DES TECHNIQUES NON MÉDICAMENTEUSES)

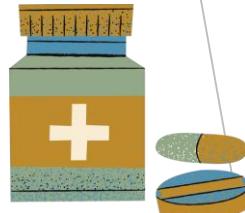


Anti-psychotiques

Si symptôme fréquent, sévère avec retentissement majeur sur l'aidant:

- RISPERIDONE
- ARIPIPRAZOLE
- QUETIAPINE
- OLANZAPINE (en dernière intention)

(Rq: CLOZAPINE si MCL)



Thymo-régulateurs

Il n'existe pas de molécule de la classe des thymo-régulateurs ou des anti-épileptiques ayant démontré une efficacité statistiquement solide



ÉVALUER L'AGRESSIVITÉ

Mme. Charlotte BOULET
Ergothérapeute AVAD Denain



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES



QUELS INTÉRÊTS AUX ÉVALUATIONS DE L'AGRESSIVITÉ



- Mettre en lumière tout changement de comportement : observations et évaluations qui constituent le point de départ des réflexions sur l'accompagnement
- Réfléchir et échanger en équipe pluridisciplinaire sur le trouble et sur les axes d'accompagnement (causes, facteurs précipitants, techniques non médicamenteuses) : mieux appréhender pour mieux gérer au quotidien
- Solliciter les professionnels nécessaires : importance des différents points de vue car causes multiples à l'agressivité (douleurs, constipation, etc.)
- Améliorer le confort et la qualité de vie des personnes concernées
- Quantifier et limiter l'impact sur les professionnels (charge de travail, charge émotionnelle)

LE NPI (NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY) OU INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE



- Outil qui permet d'évaluer la présence de troubles du comportement chez des sujets souffrant de démence
- NPI-ES : NPI version équipe soignante : évaluation destinée aux personnes vivant en institution.

12 catégories de troubles :



LE NPI: RÉALISER L'ÉVALUATION



- Pour chaque catégorie, on débute par une question de sélection qui permet de déterminer la présence ou non du trouble concerné
- Si la réponse est positive, on pose les sous-questions pour décrire avec précision le comportement de la personne
- Pour ces différents troubles, nous évaluons ensuite :

Fréquence : Quelquefois ? Assez souvent ? Fréquemment ? Très fréquemment ?

Gravité : à quel point les troubles sont perturbants ou invalidants pour la personne au quotidien

Retentissement = à quel point les troubles perturbent les occupations professionnelles
– le plan émotionnel ou psychologique du soignant

LE NPI: FOCUS SUR L'ÉVALUATION DE L'AGRESSIVITÉ



Le patient refuse-t-il de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?

Non (passez à la section suivante)

Oui (posez les questions ci-dessous)

Le patient est-il agacé par les personnes qui essayent de s'occuper de lui ou s'oppose à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?

Oui Non

Le patient est-il buté, exige-t-il que tout soit fait à sa manière ?

Oui Non

Le patient est-il peu coopératif et refuse-t-il l'aide qu'on lui apporte ?

Oui Non

Le patient a-t-il d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?

Oui Non

Le patient crie-t-il ou jure-t-il avec colère ?

Oui Non

Le patient fait-il claquer les portes, donne-t-il des coups de pied dans les meubles ou lance-t-il des objets ?

Oui Non

Le patient essaye-t-il de frapper les autres ou de leur faire du mal ?

Oui Non

Le patient montre-t-il d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?

Oui Non

L'ÉCHELLE DE COHEN-MANSFIELD



- **Évaluation des manifestations d'agitation observées en institution**
- **29 items résumant les différentes formes d'agitation associé ou non à de l'agressivité : agitation verbale et agitation physique**
- **Cotation qui varie en fonction de la fréquence du trouble (de 0, jamais à 7, plusieurs fois par heure)**
- **L'intérêt est d'évaluer la personne sur une durée déterminée pour déterminer l'efficacité d'un traitement ou les mesures adaptées à ses troubles du comportements**
- **Le test est effectué par un professionnel de la santé sensibilisé aux troubles du comportement de la personne âgée en questionnant soit l'équipe soignante, soit les aidants familiaux**
- **Réévaluation possible à tout moment en cas de nécessité**

L'ÉCHELLE DE COHEN-MANSFIELD

COTATION DE L'ÉCHELLE COHEN-MANSFIELD



- Pour chaque item, la cotation varie de 0 à 7 points en fonction de la fréquence du trouble:

0 point : non évaluable ;

1 point : jamais;

2 points : moins d'une fois par semaine ;

3 points : une à deux fois par semaine ;

4 points : quelques fois au cours de la semaine ;

5 points : une à deux fois par jour

6 points : plusieurs fois par jour ;

7 points : plusieurs fois par heure.

- Le score maximum est de 203 points. Un score élevé reflète une agitation intense.

L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES PERSONNES ÂGÉES, DES SYMPTÔMES ET DES SYNDROMES DÉCONCERTANTS (EPADE)



- L'échelle EPADE a été construite pour évaluer la capacité des personnes âgées à épuiser les professionnels : permet une recherche des causes pouvant créer un débordement émotionnel afin que le professionnel puisse conserver une attitude relationnelle appropriée
- 16 items dans 4 grandes thématiques :
 - Violences et agressivité : avec le regard, avec la voix, avec les paroles, avec les gestes
 - Refus, opposition, passivité et apathie : communication, mobilisation, alimentation, des soins
 - Paroles inquiétantes ou déconcertantes : ordres/ demandes/ paroles répétées en excès, paroles anxiées/ plaintes corporelles/ appels à l'aide, paroles dépressives sur la vie et la mort, délire/ hallucination/ mensonge/ fabulation
 - Actes inquiétants ou déconcertants: Actes et perte de contrôle de la sphère locomotrice globale, de la sphère alimentaire et orale, de la sphère urinaire et anale, sexuelle et génitale
- Chaque item est noté sur 4 et se base sur les observations des 7 derniers jours. Si le score obtenu est **supérieur à 17**, le risque d'attitudes relationnelles inappropriées est présent : **il est nécessaire de rechercher les causes réversibles.**

L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES PERSONNES ÂGÉES, DES SYMPTÔMES ET DES SYNDROMES DÉCONCERTANTS (EPADE)



1^{er} Item: Violences et agressivité

| VIOLENCES déconcertantes | | | | |
|---|---|---|---|----------------------------------|
| Craindre et peur d'être agressé | | | | |
| avec le REGARD | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Regard de haine ou mimique de fureur | Regard de colère ou mimique de colère | Regard noir ou mimique grimaçante | Regard hostile ou mimique hostile | Regard normal et mimique normale |
| avec la VOIX | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Hurlements | Cris | Gémissement ou ronchonnement ou grognement | Voice hostile | Voice normale |
| avec les PAROLES | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Menacés | Accusations ou insultes avec personnalisation de l'insulte | Insultes sans personnalisation de l'insulte | Reproches ou disqualifications | Absence d'agression verbale |
| avec les GESTES | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Attaque des personnes avec danger réel (morsure, coup de poing) | Attaque des personnes sans danger réel (agrippe, griffe, gifle, crachats) | Geste de menace sur les personnes (index levé, poing serré) | Renverse, jette au sol, détruit ou vole les objets (poche de stomie...) | Absence d'agression physique |

L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES PERSONNES ÂGÉES, DES SYMPTÔMES ET DES SYNDROMES DÉCONCERTANTS (EPADE)



2^e Item: Refus, opposition, passivité et apathie

| REFUS déconcertants (refus, opposition, passivité, apathie) | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Impuissance, embarras et culpabilité de ne pas arriver à faire accepter une proposition de la COMMUNICATION | | | | |
| Paroles spontanées, réponses aux questions et communication non verbale | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Communication impossible (pseudocoma) | Communication limitée au minimum avec les yeux | Communication obtenue avec négociation | Se met à parler avec quelques paroles simples | Communique et parle de façon habituelle |
| de la MOBILISATION | | | | |
| Mobilisation au lit, position assise, station debout, marche | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Mobilisation impossible (pas de lever, grabatisation) | Mobilisation limitée au minimum avec passage du lit au fauteuil | Mobilisation obtenue avec négociation et aide physique | Se met à se déplacer avec quelques paroles simples | Se déplace et se laisse mobiliser de façon habituelle |
| de l'ALIMENTATION | | | | |
| Aliments et boissons | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Alimentation et boisson impossibles (risque vital) | Alimentation et boisson limitées au minimum (recrache) | Alimentation et boisson obtenues avec négociation et aide physique | Se met à manger et boire avec quelques paroles simples | Mange et boit de façon habituelle |
| des SOINS | | | | |
| Soins d'hygiène, toilette, bains, soins infirmiers, prise des médicaments et constantes, animations | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Soins impossibles (risque vital) | Soins limités au minimum | Soins obtenus avec négociation et aide physique | Se met à accepter les soins avec quelques paroles simples | Les soins sont effectués de façon habituelle |

L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES PERSONNES ÂGÉES, DES SYMPTÔMES ET DES SYNDROMES DÉCONCERTANTS (EPADE)



3^e Item: Paroles inquiétantes
ou déconcertantes

| PAROLES déconcertantes | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Inquiétude et anxiété anticipatoire nécessitant présence et vigilance | | | | |
| ORDRES, DEMANDES ou PAROLES SANS OBJET répétées en excès | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Ordres ou exigences contradictoires sans réponse possible | Demandes incessantes ne pouvant pas être satisfaites | Paroles ou mots répétés en boucle (écholalie) | Paroles en quantité excessive (parle trop, logorrhée) | Paroles en quantité habituelle |
| PAROLES ANXIEUSES, plaintes corporelles et APPELS à l'aide | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Paroles anxiées ou plaintes corporelles avec crise d'angoisse | Paroles anxiées ou plaintes corporelles avec appels fréquents | Paroles anxiées ou plaintes corporelles avec appel épisodique | Paroles anxiées ou plaintes corporelles sans appel | Absence de parole anxiée ou de plainte corporelle |
| PAROLES DÉPRESSIVES sur la vie et sur la mort | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Tentative de suicide ou comportement équivalent | Paroles exprimant un projet de se suicider « Je vais me suicider » | Paroles exprimant un désir de mort « Je veux mourir » | Paroles exprim. une perte du désir de vivre « Je ne veux plus vivre » | Paroles habituelles sur la vie et sur la mort |
| PAROLES à côté de la REALITE, délire, hallucination, mensonge, fabulation | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Paroles délirantes ou hallucinations avec passage à l'acte | Paroles délirantes ou hallucinations sans passage à l'acte (certitude) | Paroles délirantes ou hallucinations ou mensonges ou fabulations (probabilité) | Paroles délirantes ou hallucinations ou mensonges ou fabulations (possibilité) | Absence de parole délirante, d'hallucination de mensonge de fabulation |

L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES PERSONNES ÂGÉES, DES SYMPTÔMES ET DES SYNDROMES DÉCONCERTANTS (EPADE)



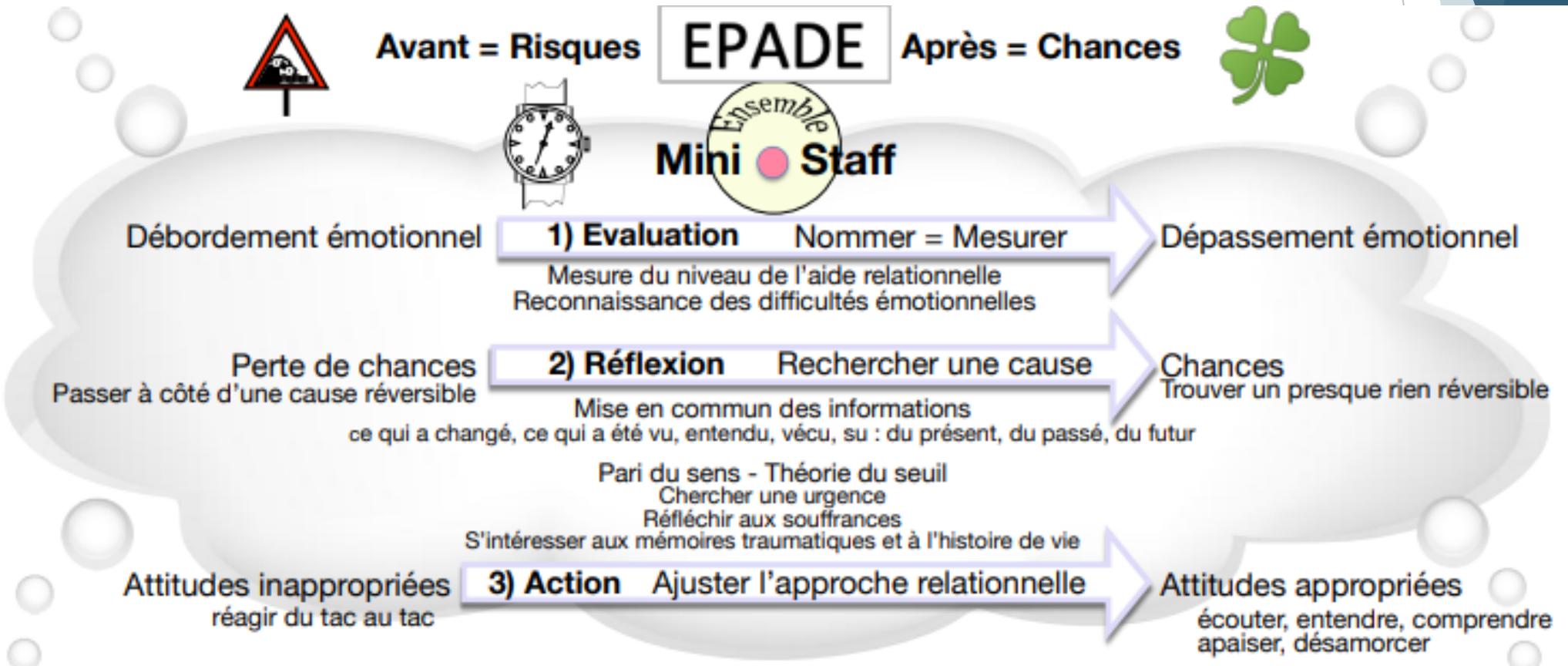
4^e Item: Actes inquiétants ou déconcertants

| ACTES déconcertants | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Inquiétude et anxiété anticipatoire nécessitant présence et vigilance | | | | |
| ACTES et perte de contrôle de la sphère locomotrice GLOBALE | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Disparitions ("fugues"), automutilations (doigt écrasé, chutes au sol) | Déambulation avec intrusions dans les chambres | Déambulation avec suivi à la trace des soignants | Agitation (bouge les bras ou les jambes, tourne en rond) | Comportement locomoteur habituel |
| ACTES et perte de contrôle de la sphère alimentaire et ORALE | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Mange des choses toxiques ou non comestibles (ex : produit ménager) | Mange des choses dégoutantes (ex : excréments) | Mange trop et trop vite avec risque de fausses routes (glotonnerie) | Mange trop (boulimie) | Comportement oral habituel |
| ACTES et perte de contrôle des sphères URINAIRE et ANALE | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Etale ses excréments | Défécations inadaptées ou refus inadapté des protections | Mictions inadaptées constants | Mictions inadaptées par épisodes | Fonctions sphinctériennes habituelles |
| ACTES et perte de contrôle de la sphère sexuelle et GÉNITALE | | | | |
| très fort = 4 | fort = 3 | moyen = 2 | léger = 1 | absent = 0 |
| Agression sexuelle sur personne vulnérable ou masturbation traumatique | Contacts à caractère sexuel/ inadaptés (attouchements sexuels) | Gestes à caractère sexuel/ inadaptés (exhibition, mastur- bation en public) | Propositions à caractère sexuel, érotisation, préoccupations sexuelles envahissantes | Vie sexuelle sans particularités |

L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES PERSONNES ÂGÉES, DES SYMPTÔMES ET DES SYNDROMES DÉCONCERTANTS (EPADE)



- L'outil a été pensé pour être facile d'utilisation, composé de mots universels compréhensibles immédiatement





ACCOMPAGNER L'AGRESSIVITÉ : REPÉRER, ACCOMPAGNER ET APAISER

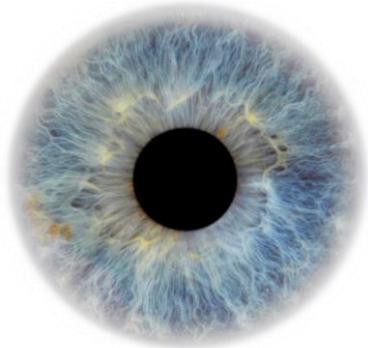
Mme. Manon LOURD
Psychomotricienne CH St-Amand-Les-Eaux
EHPAD La Collinière



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES



AVANT LA PHASE D'AGRESSIVITÉ : REPERAGE, ANTICIPATION, OBSERVATION



**Diminuer les
stimuli (visuels,
auditifs)**



**Orienter vers un
lieu calme,
Ecartez la source
d'agressivité**



**Offrir un
espace de
déambulation**



**Préférer des mots
calmes et apaisants.
Avoir une intonation
douce**

ACCOMPAGNEMENT DURANT LA PHASE D'AGRESSIVITÉ



LIEN

- Bienveillance et empathie
- Ecoute active des émotions
- Accompagner en évitant de raisonner

SECURITE

- Ecarter les sources de danger et d'agressivité
 - Apporter de la contenance
 - Protéger la personne et son entourage

ESPACE-TEMPS

- Laisser la personne s'apaiser seule
- Guider/offrir un espace de déambulation / lieu calme/refuge

APRÈS LA PHASE D'AGRESSIVITÉ



Maintenir un espace de relation et de communication positive

- Valider les émotions de la personne
- Rassurer et écoute bienveillante
- Asseoir dans le temps et l'espace
- Apporter sécurité et contenance

L'agressivité est un état de crise passager

- Accepter la personne et ses émotions dans l'instant présent
- Valider ses propres émotions
- Prendre conscience que l'agressivité n'est pas orientée contre le soignant/l'aidant

A L'AIDE DE MATÉRIEL (NON MÉDICAMENTEUX)



Couvertures +/- lestées, objet tiers (peluche, animal...)



Espace sûre, de répit, de repli : +/- musique +/- lumineux/sombre



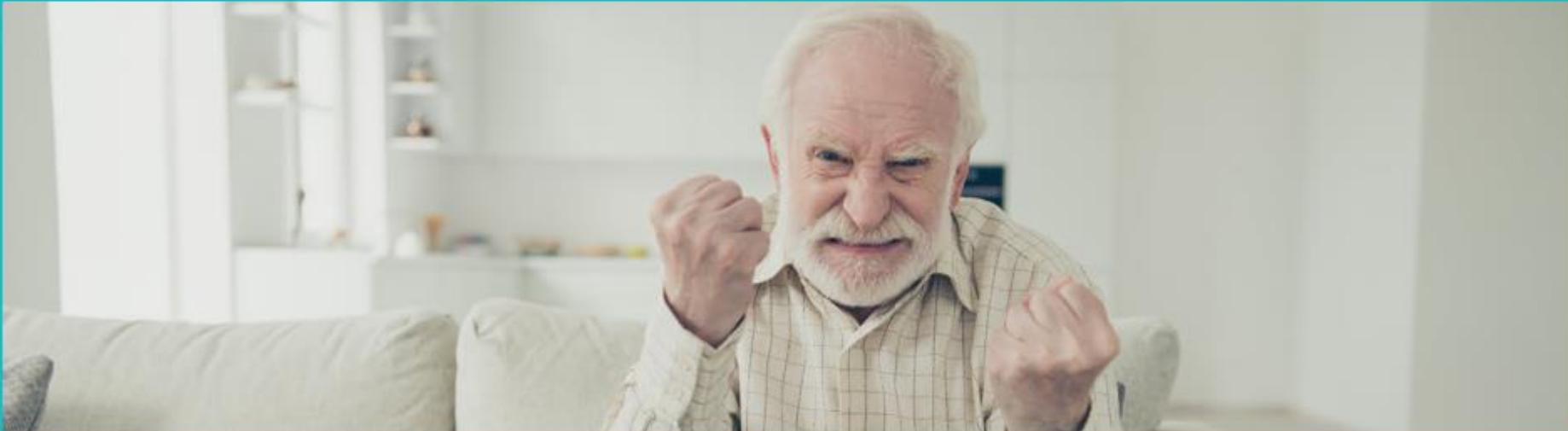
Aromathérapie, collation



Activité motrice : déambulation, manipulation d'objets connus



Approche sensorielle et psychocorporelle : massage des mains, bain relationnel, Snoezelen, formation régulière du personnel



AGITATION ET AGRESSIVITÉ LORS DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS

Dr Jean ROCHE.
Psychiatre et Gériatre CHU de Lille
Médecin référent Hauts-de-France du CR3PA



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES



VIDÉOCAPSULE DU CR3PA



disponible sur le site internet du cr3pa
www.cr3pa.fr

OUTILS DISPONIBLES EN COMPLEMENT SUR LE SITE DU GDRDRA ET PARTENAIRES



[Nouvelles recommandations de la SF3PA et SFGG](#)



[Guide interventions non médicamenteuses de la fondation Mederic Alzheimer](#)

L'agressivité comme symptôme: du point de vue de la relation aidant-aidé, quelques exemples d'accompagnement

Modérateur: Dr Playe, Psychiatre de la personne âgée,
Centre Hospitalier de Valenciennes



Accompagner l'agressivité chez son proche : impact de l'aidant

Julien barrois, psychologue

Plateforme de répit et d'accompagnement des aidants familiaux valenciennois - Quercitain

Journée territoriale de psychogériatrie - 22/11/2024
Filière gériatrique valenciennois Quercitain

Situation clinique

- ▶ Monsieur B., 73 ans, ancien proviseur, aidant de son épouse, Madame B., 74 ans, ancienne professeure de lettres.
- ▶ Troubles cognitifs, diagnostic en cours en début d'accompagnement avec une orientation diagnostique vers une maladie d'Alzheimer.
- ▶ Eléments de l'histoire de vie :
Mme avait une appétence pour la littérature et la culture plus largement, plutôt dynamique, aimait coudre.
Ont 3 enfants.
Voyagent beaucoup.
Fonctionnement de couple plutôt « indépendant ».

Premier entretien

23/03/2022

- ▶ Madame :
- Anosognosie importante
- Refuse des aides et des suivis spécialisés avec mise en échec
- Apathie +++
- Evocation d'hallucinations (illusions ?)
- Tendance régulière à l'agressivité, particulièrement envers son époux**

Premier entretien

23/03/2022

- ▶ Monsieur :
 - Difficulté à supporter l'apathie et la perte d'intérêt
 - Difficulté d'acceptation de la pathologie, fait le parallèle avec le fonctionnement antérieur de son épouse
 - Difficulté à se détacher de l'idée que certains comportements sont volontaires
- ▶ Psychologue : premiers conseils donnés pour limiter l'agressivité, notamment dans les situations conduisant à une mise en échec de Mme

Durant l'accompagnement...

- ▶ Madame :
 - Apathie augmente ++
 - Opposition +++
 - Évolution des troubles cognitifs, désorientation temporo-spatiale, un épisode de fugue
 - Idées délirantes de type adultère
 - **Agressivité majorée ++, à la fois physique (majorée) et verbale (devenue constante), souvent puis parfois induite par Monsieur de par son comportement avec Mme**

Durant l'accompagnement...

- ▶ Psychologue :
 - Travail sur **l'impact et la limitation de contraintes imposées à Mme**
Ex : vouloir absolument faire lire Mme, être rigide sur l'heure de la toilette ou du repas, lui proposer trop de choix,
 - Travail sur **l'impact de la communication verbale et non-verbale/para-verbale** sur l'agressivité de son épouse
Ex : employer des termes rappelant la perte des capacités (« tu as oublié », « tu ne sais plus faire »), apprendre à avoir un ton de voix bienveillant le plus souvent possible, éviter les mimiques faciales traduisant l'agacement
 - Explications données sur l'évolution des troubles cognitifs
 - Travail sur les limites personnelles du rôle d'aidant
 - Evocation du projet de vie : accueil de jour / UCC / EHPAD

Durant l'accompagnement...

- ▶ Monsieur :
 - Se questionne sur l'évolution de la situation
 - Souhaite que son épouse garde une part active dans la vie du domicile mais cela peut être **générateur d'agressivité**
 - Cheminement progressif sur l'**adaptation comportementale et de la communication avec son épouse, avec un effet positif mais « coûteux » pour Monsieur**
 - Exprime de la fatigue par rapport au fait de **devoir « réfléchir » et anticiper son comportement** avec son épouse
 - Deuil progressif de la personnalité et du fonctionnement antérieur de Mme

Plus récemment...

- ▶ Monsieur B. tenait, malgré la fatigue, à retarder le plus possible une entrée en EHPAD.
- ▶ Possible grâce à mise en place d'aides (toilette) et accueil de jour.
- ▶ Après 2 ans et demi d'accompagnement, Mme B. est entrée en EHPAD suite à une hospitalisation. L'agressivité a tendance à régresser et l'adaptation se fait progressivement.
- ▶ Monsieur B. peut à nouveau prendre mieux soin de lui.
- ▶ Travail sur la gestion de la culpabilité liée à l'institutionnalisation de son épouse

A retenir...

- ▶ A retenir pour limiter les situations à risque :
- Importance de l'adaptation de la communication : mots employés avec son proche, valorisation, ...)
- Importance de l'adaptation comportementale : comportement non-verbal et para-verbale (mimique du visage, ton de la voix, attitude corporelle, ...)
- Savoir se protéger quand cela est nécessaire
- Lorsque les troubles « prennent le dessus » et/ou lorsque l'épuisement de l'aidant s'installe, réfléchir au projet de vie de son proche.

Présentation d'une situation Aidant professionnel et Aidé en EHPAD

Magalie Bacquet - Psychologue clinicienne
EHPAD du Centre Hospitalier de Saint Amand les Eaux

Madame Simone

- ▶ Âgée de 79 ans, mère d'un fils Jean parti dans le sud
- ▶ Vie active, ancienne secrétaire
- ▶ Visites ponctuelles de Jean et de ses 2 filles
- ▶ Puis la retraite : jardin, courses, amis, musique, fêtes
- ▶ 2019 décès de son mari
- ▶ Perte d'autonomie au domicile
- ▶ 2023 hospitalisation et entrée en EHPAD

Les difficultés observées

- ▶ Comportements de retrait, isolement
- ▶ Comportements d'opposition
- ▶ Comportements agressifs

Hypothèses cliniques

- ▶ Perte de contrôle et atteinte à son intimité
- ▶ Problèmes médicaux sous-jacents
- ▶ Episode dépressif
- ▶ Troubles cognitifs débutants

Propositions d'accompagnement

- ▶ Un soutien psychologique
- ▶ Une évaluation médicale
- ▶ Une évaluation cognitive
- ▶ Une mobilisation de l'équipe de rééducation
- ▶ Un encouragement à la socialisation
- ▶ Des échanges avec la famille
- ▶ Accompagnement/Formation

Conclusion

Approche centrée sur la personne, qui valorise ses compétences, son histoire de vie et ses goûts

Merci pour votre attention

L'agressivité comme symptôme: Comment concilier 2 principes apparemment opposés: liberté et sécurité?

Modérateur: Dr Lefebvre, Gériatre
Centre Hospitalier de Le Quesnoy



1. Mesures de restriction de liberté en Psychiatrie: Dr IBOLO- Secteur psychiatrique

2. Mesures de restriction de liberté en EHPAD: la Collinière - CH St Amand-les-Eaux

- ▶ **EVALUER LES RISQUES D'ALLER ET VENIR** au sein de l'établissement.
Chutes, mise en danger, auto et hétéro agressivité, etc. Acteurs :
Médecin traitant, médecin coordonnateur, gériatre, psychologue,
PEKE, IDE, AS
- Pas de nécessité de restriction de liberté : Mise en place d'actions alternatives dans la prise en charge des risques, recherche d'une “épine irritative”, PEC non médicamenteuse, relaxation, Snoezelen, aromathérapie, accompagnement individuel.

- **NECESSITE D'UNE RESTRICTION DE LIBERTE**
 1. Prescription médicale d'une restriction de liberté. Motifs, moyens, délai de réévaluation, périodicité de la surveillance.
 2. Mise en place des moyens prescrits. Information donnée au résident et à son entourage, traçabilité DPI.
 3. Programmer et planifier la surveillance de restriction de liberté à 24 heures
 4. Evaluer la pertinence de la poursuite de la restriction de liberté selon le délai de réévaluation, par rapport à l'état clinique du résident.

- **NECESSITE D'UNE RESTRICTION DE LIBERTE**
- 4. **Evaluer la pertinence de la poursuite de la restriction de liberté selon le délai de réévaluation, par rapport à l'état clinique du résident.**
 - a) Levée des mesures de restriction de liberté
 - b) Reconduite des mesures de liberté par prescription médicale toutes les 24 heures.

3. Mesures de restriction de liberté dans le sanitaire: la contention en hospitalisation en court séjour- CH Denain (Equipe Mobile Gériatrique Inter-EHPAD)

Mr C. Dure

- ▶ Arrive en hospitalisation pour bilan et prise en charge d'une infection
- ▶ Se déplace sans cesse
- ▶ Refuse tout examen
- ▶ Arrache sa perfusion
- ▶ Ne veut prendre aucun traitement.

Environnement -Communication

- ▶ Penser à l'environnement

- Diminuer le bruit
- Avoir suffisamment de lumière (éviter l'éblouissement)
- Préserver l'intimité

- ▶ Améliorer la communication

- Se mettre à la hauteur
- Capter le regard
- Expliquer le soin avec une voix posée sans hausser le ton.

Proposition d'une contention

- Malgré les mesures prises concernant l'environnement et la communication, Monsieur Dure refuse toujours tous les soins.
- Le personnel propose une contention physique.
- La contention physique est une pratique encadrée depuis 2005 (HAS 1er juin 2005 contention physique de la personne âgée).

Contention physique : De quoi parle t'on?

Utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements adaptés qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps.



En fonction du patient, de la pathologie et de l'environnement

Que permet la contention physique?

La réalisation de soins indispensables

Quelques exemples :

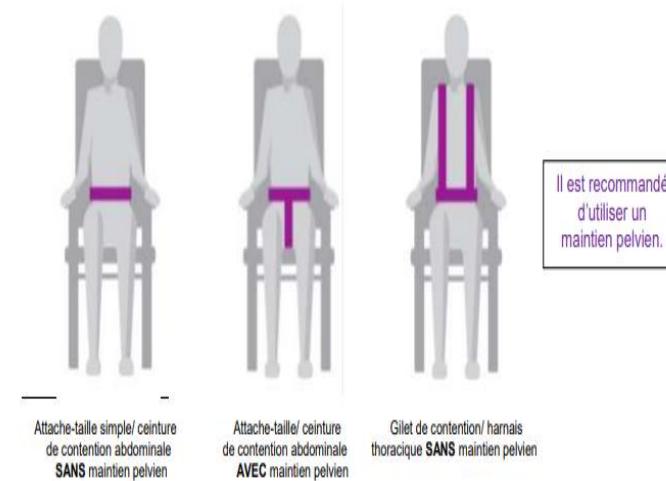
- Perfusion
- Sonde urinaire
- Oxygène
- Ventilation non invasive
- Ponction
- Scanner, IRM....

La Prescription

- ▶ Après évaluation bénéfice/risque
- ▶ Par le médecin : date, motif, type de contention, surveillance et la réévaluation toutes les 24 Heures.
- ▶ En cas d'urgence : peut-être débutée par le personnel avec régularisation de la prescription par le médecin le plus rapidement possible.
- ▶ Obligation d'information : si possible recueil du consentement du patient ou de la personne de confiance, des proches, doit être notée dans le dossier.

Les moyens spécifiques de contention au fauteuil

- Ceinture sur maintien pelvien
- Ceinture avec maintien pelvien
- Gilet de contention avec harnais
- Gilet de contention avec maintien pelvien
- Attache poignet



Les moyens spécifiques de contention au lit

- Ceinture abdomino-pelvienne +/- harnais.
- Contention souple de corps (grenouillère).
- Couchage de contention (pyjadrap).
- Barrières de lit.
- Attache poignet/cheville.



Attention au matelas, interdiction des matelas dynamiques si ceinture ou pyjadrap.



Gilet de contention/ harnais de maintien thoracique AVEC maintien pelvien



Exemple de couchage de contention

Les moyens détournés de contention

- ▶ A proscrire car ne sont pas conçus à cet effet
- ▶ Augmente les risques d'accidents
- ▶ Quelques exemples :
 - Drap
 - Vêtement
 - Adaptable
 - Blocage du fauteuil par le lit...

Installation de la contention

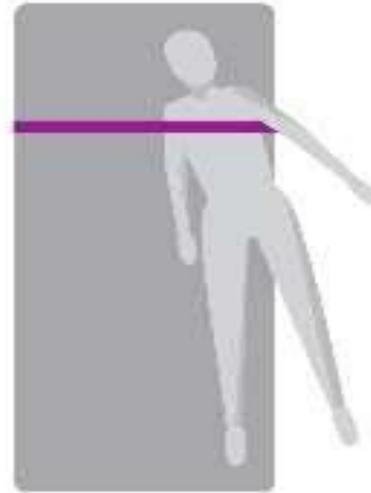
- Préservation de l'intimité et de la dignité du patient
- Matériel adapté à la taille du patient
- Propreté du matériel.
- Ne pas trop serrer les liens.
- Surélever la tête du lit.
- Installation à proximité du système d'appel.
- Ne pas oublier le verre et la bouteille d'eau, les lunettes, les prothèses auditives, la télécommande, le téléphone, les objets personnels et familiers...

La surveillance de la contention

- Hydratation
- Alimentation (diminution des apports et troubles de déglutition)
- Etat cutané (plaie, escarre, hématome)
- Troubles urinaires (incontinence et ou rétention)
- Troubles digestifs (diarrhée ou constipation)
- Encombrement bronchique
- Phlébite
- Rétraction , fonte musculaire
- Agitation, repli, anxiété, sentiment d'emprisonnement...
- Syndrome de glissement....

Risques majeurs de la contention

- ▶ Chute
- ▶ Fracture
- ▶ Strangulation



La levée de contention

Dès que possible.

- Ne pas oublier d'informer le patient , sa personne de confiance, ses proches du retrait de sa contention.
- De tracer le retrait dans le dossier.
- D'assurer le nettoyage et la désinfection du matériel.

Focus sur la contention au Centre Hospitalier de Denain

Existence d'une procédure générale « la contention physique passive » PG SSI 085 du 29/11/2021 Version 02.

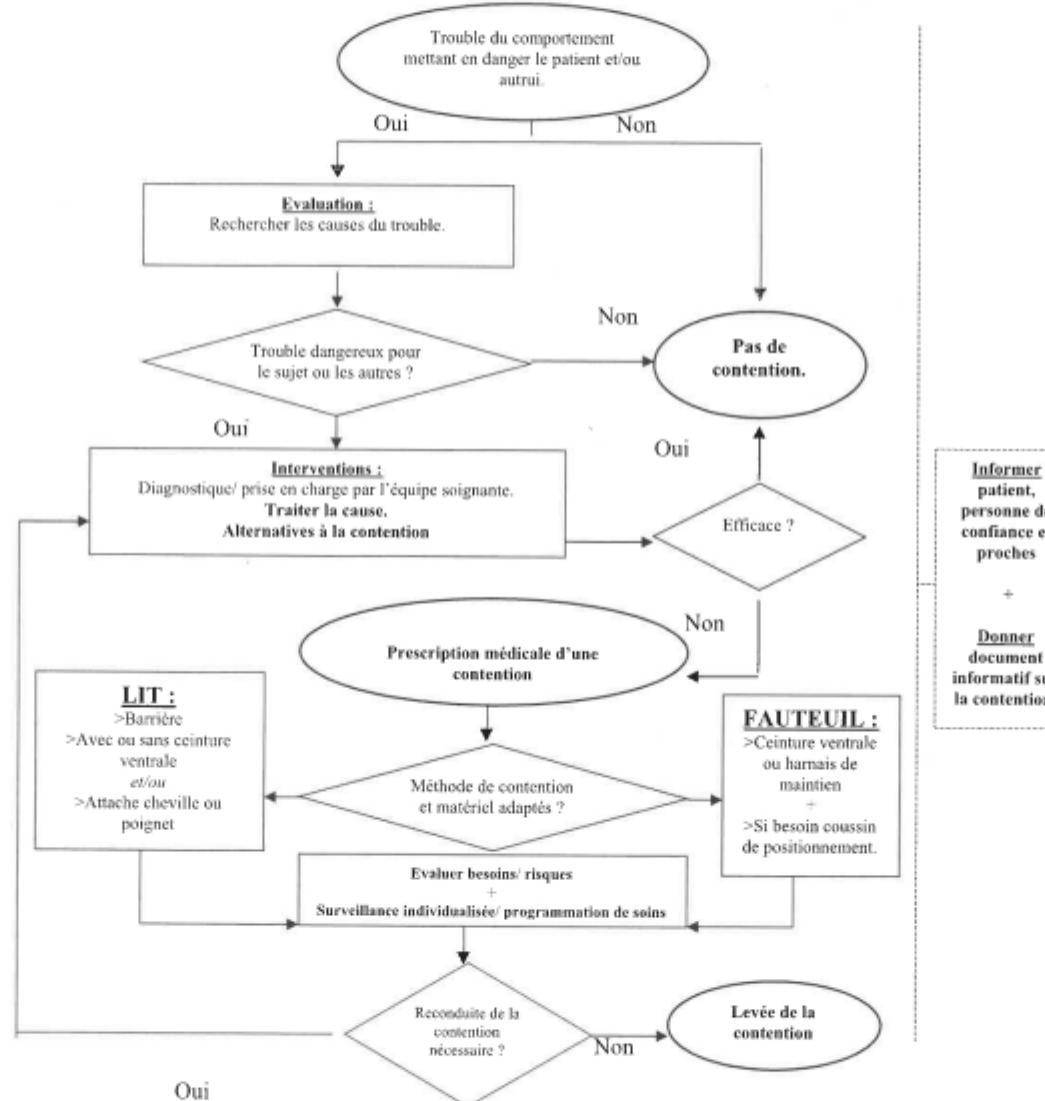
Ensemble des éléments : prescription, mise en place, surveillance, information , levée sont dans le dossier de soins informatisé sous forme de déroulé dès l'onglet « contention ».

En pratique :

- La réévaluation toutes les 24 heures est difficile et peu tracée.
- Des moyens détournés sont toujours utilisés en particulier l'adaptable

| | | |
|--|--|--|
| CENTRE HOSPITALIER DE DENAIN | | PG SSI 085 |
|  | PROCEDURE GENERALE La contention physique passive | Version : 02 Date : 29/11/2021 Pages : 5/11 |

6.1 Logigramme décisionnel de la mise en contention physique passive :



4. 3 études de cas au domicile: SPASAD du CIG

L'AGRESSIVITÉ au domicile



CAS n°1 :

Agressivité d'une maman
envers sa fille

CAS n°2 :

Agressivité
entre époux

CAS n°3 :

Agressivité de l'usager
envers les intervenants
à domicile

CAS n°1 : Agressivité d'une maman envers sa fille

Mme V. a 95 ans

Veuve depuis plusieurs années, elle vit avec sa fille unique de 72 ans atteinte de handicap et suivit par l'APEI.

Le 02/07/2024, sortie d'hospitalisation de Mme V. avec demande d'intervention du SSIAD pour l'aide à la toilette le matin.

Troubles cognitifs avec MMS de 21/30

Passage de l'IDEL pour les médicaments

Passage d'une aide privée pour le ménage et les courses

Suivi par le CLIC, le DAC et le médecin traitant

Prise en charge SSIAD également pour la fille en perte d'autonomie à compter du 02/07/2024 pour aide à la toilette et aide à l'habillage (Mme remettait toujours les mêmes vêtements souillés)

La fille présente des troubles cognitifs et fréquente l'accueil de jour

Suspicion signalée de maltraitance de la mère envers la fille

Dès le début de la prise en charge, Mme V. ne comprend pas l'intérêt des interventions

Les soignants du SSIAD constatent un ton très autoritaire de la mère envers la fille mais elles ont une grande complicité

Le 27/07/2024, les voisins sont alertés par des cris, interviennent et constatent des ecchymoses sur les 2 dames

Hospitalisation de la mère et la fille

Un signalement est fait auprès du Procureur

Le 06/08/2024, la mère rentre au domicile avec réintervention du Ssiad

La fille est placée définitivement en EHPAD.

L'APEI se charge d'informer la mère du placement de sa fille

Mme V. a des phases d'agressivité, de tristesse et d'épuisement.
Elle mettra du temps à accepter les aides à la toilette

Le 31/10/2024, Mme V. est réhospitalisée suite à un signalement des voisins pour mise en danger elle déambule nuit et jour sur la voie publique.

Mme V. est toujours hospitalisée

CAS n°2 :Agressivité entre époux

Mr P. a 85 ans

Il vit dans une maison individuelle avec étage avec son épouse de 82 ans gravement malade et dépendante avec des troubles cognitifs liés à la pathologie depuis plusieurs années
Ils ont 2 enfants qui viennent à proximité et s'occupent des courses

Le 13/07/2021, Mr P. a été pris en charge par le SSIAD suite à un AVC avec des séquelles d'hémiplégie et de légers troubles cognitifs

Une demande APA a été effectuée

Portage de repas à domicile 7/7 jours

Mr P. a bénéficié de l'ESAD du 22/08 au 22/11/2022

Au fil du temps, la situation se détériore, la communication entre Mr et Mme est de plus en plus agressive.

Malgré son état général, Mme P. est mobile et délirante

Mr P. vit très mal la situation

En juin 2022, Mr P. évoque des propos suicidaires. Le fils demande une mise sous tutelle et fait un signalement auprès de l'EMPG

En Octobre 2022, Mr P. est affecté par une chute de Mme P. dans la cour
Mme P. a de grosses difficultés de mobilité
Ils refusent tous les 2 une entrée en EHPAD

Mr réitère ses propos suicidaires.

La famille réaménage le logement pour leurs faire un lieu de vie uniquement au RDC

Début Décembre 2022, Mme P. retrouve un peu de mobilité mais problème régulier pour ouvrir les portes

Le 20/12/2022, Mr signale avoir des armes à feu chez lui.

Le fils est alerté pour les retirer du domicile

Le 22/12/2022, à l'arrivée de l'AS du SSIAD, l'aide ménagère est dehors.

Mme P. finit par ouvrir la porte.

Mr est en haut de l'escalier avec un pistolet sur la tempe

La Gendarmerie et le fils interviennent.

Mr P. est hospitalisé

Mme P. est placée en EHPAD

Mr rentre à son domicile du 09 au 22/01/2023 avec un suivi par l'EMPG + SSIAD

Son état de santé dégrade

Il est réhospitalisé le 27/01/2023 puis placé en EHPAD

CAS n°3 : Agressivité de l'usager envers les intervenants à domicile

Mme C. a 97 ans, elle est veuve depuis plusieurs années

Elle est GIR 2, elle est grabataire

Elle vit dans une maison individuelle

Elle a 2 enfants, une fille qui habite à proximité et un fils qui est au loin

Elle a des légers troubles cognitifs, de nombreuses douleurs dues à l'arthrose, une insuffisance cardiaque et fait des chutes régulières

Le Saad intervient depuis le 01/12/2012. D'abord avec un plan d'aide Carsat pour du ménage puis APA avec demandes d'aggravation successives liées à sa perte d'autonomie.

Le Ssiad est intervenu de mai à décembre 2018, puis de février à juin 2019 et reprise depuis février 2024

Actuellement, Mme C. bénéficie

- d'un binôme Saad/Ssiad matin 7/7 jours
- un binôme Saad le midi 7/7 jours
- une intervention de ménage par semaine
- d'un binôme Saad/Ssiad soir 7/7 jours

est directive, agressive, virulente et insultante envers les intervenants

Son agressivité diffère en fonction des intervenants

Elle fait bien la différence entre les AS et les AVS

Elle critique constamment les précédents agents

Elle refuse certaines AVS

Le maintien des interventions en binôme est indispensable pour la manutention mais également pour gérer les mouvements d'humeur constants de Mme C.

Ce que nous mettons en place pour faire face à un comportement agressif :

- Avoir une communication affirmée, bienveillante et apaisée
- Avoir une attitude positive
- Être à l'écoute et reformuler ses propos si besoin
- Avoir une réponse d'équipe et harmoniser les pratiques
- Mettre en place des interventions en binôme
- Faire remonter les problématiques aux encadrants
- Former les intervenants à domicile
 - Formations internes PASAPA (Programme pour Aidants et Services Accompagnant les Personnes Âgées)

Ateliers à l'attention du grand public

Après-midi de 14h à 16h

Forum à partir de 13h jusque 17h



Comprendre le symptôme d'agressivité et y faire face: A

Modérateur: Dr Soyez, Psychogériatre au Centre Hospitalier de Valenciennes



Prévenir l'agressivité: le rôle de la communication: B

Modérateur: Dr Playe, Psychiatre de la personne âgée au Centre Hospitalier de Valenciennes



Echanger sur des situations vécues: C

Modérateur: Dr Lefebvre, Gériatre au Centre Hospitalier de Le Quesnoy



Ateliers à l'attention du grand public

Organisation:

- Chaque atelier compte 20 personnes
 - 1 animateur par atelier
- Durée de l'atelier 30mn puis rotation



Ateliers à l'attention du grand public

| Atelier | Modérateur | Salle | Groupe |
|---|-------------|-------|------------|
| Comprendre le symptôme d'agressivité et y faire face | Dr Soyez | A | ABC |
| Prévenir l'agressivité: le rôle de la communication | Dr Playe | B | BCA |
| Echanger sur des situations vécues | Dr Lefebvre | C | CAB |

