

# SCPD

## Les symptômes psychologiques

### 4

#### raisons pour repérer les symptômes psychologiques

1. Ils sont **fréquents** : l'apathie est le symptôme le plus fréquent et persistant au cours de la maladie. Des symptômes dépressifs significatifs touchent environ 1 personne sur deux mais ne sont pas diagnostiqués dans la majorité des cas.
2. Ils causent de la **souffrance** : augmentation des douleurs, des comorbidités médicales, des hospitalisations, détérioration fonctionnelle et exacerbation des troubles cognitifs, détresse chez la personne et les proches aidants.
3. Ils **compliquent** la situation : les symptômes psychologiques peuvent s'exprimer tel quel ou être la cause d'un symptôme comportemental (par ex. : vocalisations répétitives secondaires à de l'anxiété ; agressivité verbale secondaire à une dépression ; crie en raison d'une idée délirante « elle m'a volé mon sac à main ! »).
4. Ils nécessitent une **référence médicale** pour préciser le diagnostic et ajuster le traitement devant une souffrance/dangerosité importante et persistante. Les symptômes psychotiques sont des facteurs de risque pouvant mener à de l'agressivité physique (par ex. : frappe car il se sent persécuté).



#### Troubles affectifs et émotionnels

**Apathie** : perte d'initiative, de motivation, d'intérêt, inaction, manque de spontanéité, indifférence même face à une récompense, pensée « vide ». Attention, une personne apathique n'est pas : déprimée, triste, souffrante de son inactivité, paresseuse ou en opposition. En raison des symptômes d'apathie, une personne peut refuser les propositions d'activités, mais pourrait participer si elle est accompagnée étape par étape à se mettre en action.

**Anxiété** : pensées d'appréhensions, préoccupations, inquiétudes, perception de danger ; émotions d'insécurité ou de peur ; symptômes physiques de palpitations, transpiration, tensions musculaires, malaises gastro-intestinaux ; comportements d'agitation, de demandes répétitives et de dépendance excessive.

**Dépression chez la personne âgée** : Irritabilité, préoccupations anxieuses (« je suis abandonné, je n'ai plus rien à moi ») ou plaintes physiques multiples. On retrouve également : diminution de plaisir / intérêt ou perte de réactivité face à des stimuli habituellement plaisants ; symptômes physiques d'insomnie ou d'hypersomnie, changements d'appétit/poids, perte d'énergie ; comportements ralentis ou agitation ; désespoir, désir de mourir. Les émotions de tristesse, et les pensées de culpabilité et dévalorisation sont moins fréquentes. Les symptômes sont quotidiens et persistants.



#### Risque suicidaire

**Aborder le sujet et évaluer le risque** (antécédents et conditions médicales actuelles)

« Dans la situation que vous vivez (ajouter détails personnels), est-ce que ça vous arrive de ne plus vouloir continuer, vouloir vous enlever la vie ? » « Depuis combien de temps y pensez-vous ? Combien de fois par jour ? »  
« Comment pensez-vous mettre fin à vos jours/vous tuer ? Où pensez-vous vous tuer ? Quand pensez-vous vous tuer ? » « Avez-vous le moyen en votre possession ? »  
« Est-ce qu'il y a des personnes, des idées qui vous rattachent à la vie ? »

**Se référer à une démarche de gestion du risque suicidaire. Travailler en équipe.**

# Les symptômes psychologiques



## Symptômes psychotiques

**Idées délirantes :** croyances ou idées fausses, en dehors de la réalité et de la logique. Elles persistent même si on tente de les corriger par la discussion et sont donc inébranlables. En présence de troubles cognitifs, les plus fréquentes sont : se sentir persécuté, croire qu'on nous veut du mal ou nous empoisonner, croire qu'on se fait voler, penser que le conjoint est infidèle.

**Hallucinations :** perceptions sensorielles fausses, en l'absence d'un stimulus externe réel. La personne a l'impression de « voir » ou « d'entendre » des personnes, des choses et peut les croire réelles (par ex. : voir des personnes, animaux). Des hallucinations sont possibles dans toutes les modalités sensorielles.

**Attention** ne pas confondre idées délirantes et hallucinations avec :

- des illusions (perception déformée ou erronée d'un stimulus réel)
- des conséquences de troubles cognitifs, soit de perception visuelle (par ex., mal capter les contours d'objets, confondre un objet pour un autre) ou de mémoire (se croire à une période ancienne de sa vie, évoquer un souvenir ancien et en parler au présent, par ex., une dame de 80 ans qui veut aller chercher ses enfants à l'école ; confabuler, c'est-à-dire combler les oublis par des histoires inventées).

**Troubles d'identification :** perceptions erronées de stimuli externes, combinées à une conviction délirante. Par ex., croire que l'aidant est un étranger ou qu'il a été remplacé par un imposteur ; croire que les personnages de la télévision sont réels ; prendre son reflet dans le miroir pour une autre personne ; avoir une impression que des personnes sont présentes dans sa chambre/appartement.



## Interventions non pharmacologiques

Consulter les fiches SCPD *Stratégies d'intervention ; Approche de base ; Adapter l'environnement, doser la stimulation.*

Ce tableau donne des indications générales ; il faut toutefois personnaliser le choix d'une intervention en fonction des caractéristiques de la personne et sa réponse aux interventions.

APATHIE	ANXIÉTÉ	DÉPRESSION	IDÉES DÉLIRANTES HALLUCINATIONS TROUBLE D'IDENTIFICATION
		✓ approche de base ✓ recadrage ✓ adaptation de l'environnement ✓ occuper la personne (ex : activités structurées, sensorielles, contacts sociaux) ✓ exercice physique ✓ toucher affectif	
✓ diversion			✓ diversion
			✓ validation affective
	✓ salle multisensorielle		
	✓ écoute active adaptée ✓ présence simulée ✓ réminiscence		
		✓ luminothérapie si saisonnière	