

ÉTAT DE L'HUMEUR

PROBLÈME

La moitié, environ, des résidents hébergés dans un établissement de soins de longue durée présente des manifestations symptomatiques de troubles de l'humeur, dont les signes s'expriment sous forme de tristesse, sentiment de vide, malaise. Ces signes peuvent aussi se manifester par une grande variété de plaintes, de dysfonctionnements tels que perte de poids, pleurs, agitation ou maux et douleurs.

SIGNAUX D'ALARME

Un trouble de l'humeur est à évoquer en cas de :

1. Expression verbale d'une humeur triste ou anxieuse [**H1a = coché**]

2. Signes manifestes de détresse morale [**H1b, H1c, H1d, H1e, H1f, H1g = une de ces rubriques cochée**]

3. Persistance d'une humeur triste ou anxieuse [**H2 = 1**]

DIRECTIVES

Dans les situations particulières décrites ici, il sera peut-être nécessaire d'envisager de modifier ou d'élaborer une nouvelle stratégie de soins. Mais il existe également d'autres situations dans lesquelles l'équipe peut décider de modifier le plan de soins. Des effets indésirables liés à des médicaments représentent un exemple évident (se reporter au protocole "utilisation de psychotropes"). Les résidents dont le trouble de l'humeur n'exige pas de modification du plan de soins sont ceux qui ont un comportement stable et ne présentent pas de troubles associés.

Une révision du plan de soins est recommandée dans les circonstances suivantes :

L'humeur s'est-elle récemment aggravée ?

- Les troubles de l'humeur existaient-ils 6 mois auparavant ?
- Le résident a-t-il présenté des épisodes cycliques d'altération et d'amélioration de l'humeur ?
- Existe-t il une diminution de l'appétit associée à une perte de poids ?
- L'intérêt dans les activités a-t-il décliné, alors que le résident serait physiquement apte à de telles activités ?

Pas d'amélioration de l'humeur et présence de causes potentiellement réversibles.

La régression d'un état confusionnel aigu (altération fluctuante de la conscience), l'existence de difficultés relationnelles et/ou de communication altèrent souvent l'humeur d'un résident. Seule, la prise en compte de ces situations permet une réelle compréhension du problème.

- Revoir le dossier pour préciser si l'apparition ou l'aggravation de symptômes cognitifs ou de la qualité de communication est consécutive au début d'un traitement (p. ex., médicaments).
- Rechercher si le résident prend un quelconque produit susceptible de modifier l'humeur, tels que : psychotropes, antihypertenseurs, tels que clonidine, guanéthidine, méthyl dopa, réserpine, cimetidine, agents cytotoxiques, digitaliques, immunosuppresseurs, sédatifs, stéroïdes ou stimulants.

Tenez aussi compte de l'existence possible d'autres facteurs associés tels que :

- État confusionnel aigu (délirium)
- Événements récents dans la vie du résident (p, ex., mort d'un enfant, transfert dans un environnement nouveau, séparation d'avec des êtres chers, perte de capacités fonctionnelles ou modification de l'image corporelle, perte d'autonomie)
- Mesurer la nature et l'intensité des problèmes relationnels et/ou comportementaux

Un déclin des activités de la vie quotidienne peut à la fois être cause et conséquence d'une perturbation de l'humeur. Revoir l'ordre d'apparition de l'altération des AVQ et des troubles de l'humeur peut être instructif. Dans tous les cas, lorsque l'état thymique semble altérer le fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne, une stratégie efficace impliquera de modifier l'environnement physique, de fractionner les activités de la vie quotidienne en une série de tâches plus facilement réalisables et de recourir à des encouragements et à des rappels verbaux.

L'humeur reste t-elle inchangée malgré les efforts de l'équipe ou de la famille pour " remonter le moral" du résident ? Y a- t- il manque d'initiative de la part du résident ?

Une altération de l'humeur peut rester méconnue chez un résident passif. On risque alors de conclure à tort à l'absence de problèmes thymiques.

- Le résident manifeste-t-il peu ou pas d'initiative ?
- Reste-t-il à l'écart des activités (solitaires ou de groupe) ?
- L'humeur triste persiste-t-elle ?

Existe-t-il des indices de problèmes nouveaux ou aggravés liés à des affections susceptibles d'altérer l' humeur ?

Ces affections comprennent notamment : maladie d'Alzheimer, cancer, trouble cardiaque,

métabolique ou endocrinien (p, ex., hypercalcémie, syndrome de Cushing, syndrome addisonien, hypoglycémie, hypokaliémie, porphyrie), syndrome parkinsonien, accident vasculaire, autre affection neurologique ou dysfonctionnement thyroïdien.

L'altération de l'humeur répond-elle au traitement (p.ex : administration de médicaments) ?

- Le trouble de l'humeur a-t-il persisté durant les 90 derniers ou y-a-t-il eu amélioration avec un traitement ?
- Y a-t-il eu alternance de détérioration et d'amélioration ?
- Le résident reçoit-il des médicaments et/ou une thérapie psychosociale ?

23 juin 2009

Éditique : Dr Lucien Mias