

# Approche non pharmacologique des troubles psychocomportementaux de la démence

**Dominique SOMME**

## Définition

***“Symptoms of disturbed perception, thought content, mood and behaviour that frequently occur in patients with dementia”***

Update Consensus Conference, IPA (International psychogeriatric association) 1996

***“Symptômes témoignant d’une perception erronée, d’un trouble de la pensée de l’humeur ou du comportement qui survient fréquemment chez les patients atteints de démence”***

*En anglais behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD)*

## Fréquence

**En ville 60% des déments ont des TdC durant leur évolution (30% sévère)**

**En Nursing Home 90% ont des TdC durant leur évolution (45% sévère)**

## Fréquence relative en milieu institutionnel

Comportement	Fréquence rapportée (%)		
Déambulation	4	—	24
Agressivité verbale	8	—	25
Agressivité physique	8	—	33
Résistance aux soins	11		
Apathie	<b>21</b>	—	<b>88</b>
Impossibilité du repos	12	—	33
Dépression	<b>18</b>	—	<b>75</b>
Délire	<b>12</b>	—	<b>100</b>
Hallucinations	3	—	34

## Attention (1)

**Modulés par l'entourage: déni, difficultés d'en parler,  
voir d'exagération**

**Modulés par le caractère de la personne**

Majoration d'un trait de caractère ancien

Comportement nouveau

## Attention (2)

**Un « trouble » n'est pas toujours dérangeant et bruyant**

**La disparition d'un « trouble » peut être un trouble**

**Un comportement nouveau n'est pas toujours un « trouble »**

**Un « trouble » ancien peut être un trouble**

## Outil d'évaluation

### Outil = NPI (Neuro Psychiatric Inventory)

Évaluation auprès de la personne et de l'entourage

Date de début des troubles

Type de troubles et sévérité

Évolution: permanent ou intermittent

Conséquences

- sur la personne
- sur l'entourage

# Les troubles bruyants (1)

## **Idées délirantes: croyance inébranlable d'une idée fausse**

Interprétation (préjudice) « elle me vole »

Illusion « vous n'êtes pas ma femme »

## **Hallucinations: perceptions sans objets**

Psycho-sensorielle (auditif, visuelle, olfactif)

■ « il y a des rats » « entendre des voix »

Psychiques: idées imposées



## Les troubles bruyants (2)

### **Agitation:**

Motrice ou verbale inappropriée

Ex: déambulation / activités aberrantes et répétitives

### **Désinhibition: grossièreté, thématique sexuel**

**Agressivité, opposition (refus alimentation, toilette...), cris**

**Troubles du sommeil: difficultés à s'endormir, réveils, insomnie nocturne, inversion veille/sommeil**

# Troubles non bruyants (1)

## **Apathie et indifférence**

Perte d'initiative

Perte d'intérêt aux autres et à l'entourage

## **Anxiété: peur sans raison apparente, inquiétude**

## **Dépression:**

Humeur dépressive

Perte d'appétit, troubles du sommeil...

Ralentissement psychomoteur

## **Euphorie: humeur trop joyeuse**

# Troubles non bruyants (2)

**Hypersomnie**

**Troubles de l'appétit**

Perte d'appétit

Gloutonnerie

# Troubles et maladie

**Tous les troubles peuvent se voir dans TOUTES les maladies**

**Le plus fréquent**

Vasculaire et dépression

DCL et hallucination

Deshinibition, errance, comportement inappropriés et DFT

**A tous les stages**

Dépression fréquente en début

Illusions, hallucinations et agressivité plus fréquente en fin

Apathie est le plus constant à tous les stages

**Ce ne sont pas les troubles cognitifs qui provoquent les troubles du comportement**

# Causes

**BIOLOGIQUE(S)**

**PSYCHOLOGIQUE(S)**

**ENVIRONNEMENTALE(S)**

## Causes biologiques

Voie de la sérotonine ↓ : dépression, agressivité, agitation, anxiété (isrs)

Déséquilibre entre système glutamate et dopaminergique : délire (antipsychotique)

Voie de la noradrenaline dans la substantia nigra ↑ : délire (insrs)

Voie de la noradrenaline dans le neocortex : dépression (insrs)

Prédisposition génétique

## Causes psychologiques

### Antécédents psychopathologiques

Passé psychiatrique notamment dépressif++

### Personnalité avant le début des symptômes

Pas de corrélation significative

### Réaction aux autres

Lien QdV des aidants-dépression MA

# Causes environnementales

**Sur-stimulation**

**Sous-stimulation (ennui)**

**Surmenage du staff**

**Taille de l'établissement pour les MdR**

**Routine inappropriée**

**Provocations**

**Utilisation de contentions**



## Modèles théoriques

**Modèle des besoins non couverts: unmet needs (Cohen-Mansfield)**

**Modèle ABC: Antecedent-Behaviour-Consequences (renforcement des comportements par cercle vicieux : si je crie je reçois plus d'attention)**

**Modèle de réduction des aptitudes à faire face au stress environnemental-*(gestion du stress-relaxation)***

**Modèle d'excès d'incapacité (différence entre les performances réelles et potentielles)**

## Conséquences

### **Augmente la probabilité**

d'entrer en institution

d'utilisation des contentions

de traitement par antipsychotique

d'effets indésirables chez les autres

### **Augmente les coûts d'intervention**

### **Augmente le stress des soignants et des aidants**

# Evaluer

## **Dimension importante de l'outil d'évaluation multidimensionnel afin de**

Caractériser le trouble

- Comportement verbal/moteur/alimentaire; agressif/agité/anxieux/apathique

Caractériser la sévérité du trouble

- Dans l'outil
- Dans un échelle dédiée (NPI)
- Dans une description précise permettant un suivi

Mettre en place un suivi

**Tenir compte des compétences des autres, coordonner les compétences (pas de multiples évaluations des troubles)**

**Communiquer dans le respect les résultats de l'évaluation**

## **Quand intervenir**

**Situation de détresse du patient**

**Situation de détresse de l'entourage**

**Aggravation rapide de la perte d'autonomie**

**Situation de danger immédiat pour la personne  
ou autrui**

## **Avec qui intervenir**

**Le patient (même si c'est dur)**

**L'aidant**

**L'équipe**

**Les autres personnes de l'entourage**

## **Check-list avant d'intervenir**

**Est-ce que la description est précise et vérifiée?**

**Quel est le comportement cible qui est en jeu?**

**A quel(s) critère(s) d'intervention le comportement correspond-t-il?**

**Les causes non liées à la démence ont-elles été examinées et éliminées?**

**Les différents troubles sensoriels (auditifs, visuels...) sont-ils correctement corrigés?**

**Mise en place d'une surveillance quotidienne du comportement**

## Pourquoi parler de l'approche non pharmacologique?

**Pas de traitement médicamenteux approprié (aucun traitement approuvé pour un usage au long cours dans cette indication spécifique)**

### **Ancien neuroleptiques**

Peu efficace

ES important (dyskinésies, raideur, constipation, rétention d'urine, hypotension artérielle...)

Augmentation de la mortalité

### **Nouveau neuroleptiques**

Pas de preuves évidentes d'efficacité > placebo (Cochrane et Schneider NEJM 2006)

Peut-être mieux sur agitation/agressivité que sur hallucinations/délire

**Autres médicaments (anxiolytiques, antiépileptiques, médicaments de la PMD, antidépresseur, psychostimulants)**

Pas de résultats convaincants

## Les liens possibles

### **Trouble comportement verbal/vocal**

Douleur?

Isolement?

Dépression?

### **Trouble comportement agitation**

Ennui/besoin d'activité-stimulation

### **Trouble comportement agressif**

Eviter une situation inconfortable

Communication d'un besoin

Demande d'espace privé



# Les interventions

# Types d'intervention

Sur environnement

Sur les sens

Sur les aidants

## **Intervention sur environnement: principes**

**Changer l'environnement plutôt que le patient**

**Eviter trop ou pas assez de stimulation**

**Laisser de l'espace, respecter une intimité**

**Couleurs, ameublements, architecture, musique,  
éclairage peuvent intervenir**

**S'appuyer sur un environnement humain divers**

***Plus la taille de l'établissement est petite mieux cela  
vaut***

## **Quelques interventions efficace en maison de retraite**

**Amélioration (embellissement) des couloirs:  
augmentation du temps passé dans les couloirs**

**Images colorés et lumineuses et sond naturels  
pendant la toilette: diminution de l'agitation et de  
l'agressivité**

**Musiques préférées: diminution de l'agressivité  
verbale, de l'agitation au moment du bain et de  
l'agitation**

## **Quelques interventions de faible niveau de preuves**

**Lux thérapie: augmentation du sommeil nocturne  
mais pas d'effet sur agitation**

**Aromathérapie: quelques essais de très petite taille  
avec suivi très limité dans le temps effet de faible  
ampleur non constant**

**PET thérapie: effet prometteur sur quelques cas  
mais pas de preuve réelle d'efficacité**

## Intervention multisensorielle principes

### « Snoezelen »

Utiliser tous les sens: lumières multicolores, surfaces tactiles, musique « méditative », huiles essentielles

Court terme: augmentation des initiatives (apathie), de l'éveil, diminution des troubles du langage

Moyen terme: effet non rémanent

*Preuves (de bon niveau, par essais randomisés contrôlés), uniquement en maison de retraite*

### Massages (5min 1 -2 x/j)

Un essai positif

### Chant, danse, instruments de musiques

Quelques rapports positifs.

# Intervention sur les aidants

## Les aidants sont

Une source d'information sur le patient, son histoire, l'évolution récente, les facteurs déclenchant...

Des thérapeutes en puissance

## **Intervention sur les aidants: formations**

**Apprendre aux aidants que les troubles ne sont pas délibérés**

**Améliorer les connaissances sur le niveau de preuves des ttt médicamenteux et non médicamenteux**

**Améliorer la communication verbale et non verbale avec les patients**

**Différentes formules (groupe/individuel)**

**Diminue l'agitation verbale et les comportements moteurs aberrants (non agressifs)**



## **Intervention avec les aidants: thérapeutique**

**Thérapie comportementale basée sur le relation  
d'aide (réminiscence d'évènements,  
organisation,...)**

**Améliore la prévention, la détection, l'efficacité du  
traitement**

**Effet persistant 6 mois plus tard.**

**Améliore aussi le devenir des aidants**

## Intervention avec les personnes

**Activités structurantes (sorties, activité de loisirs, etc...)  
à adapter au gout et au capacité (ex pêche)**

Diminution des comportements inappropriés

### **Favoriser les contacts**

Face à face (½ h/10j)

- Diminution des troubles comportementaux verbaux

Contacts virtuels

- Enregistrement de conversation téléphonique
- Vidéo familiale
- Vidéo de membre parlant à la personne
- Diminution des troubles comportementaux verbaux

Intervention multidimensionnelle:

Les soins centrés sur la personne (Patient-centred care: PCC)

## Principes:

Valoriser le patient et les aidants (V)

Les patients sont avant tout des Individus (I)

Tenir compte des Perspectives du patient sur  
le monde (P)

Un environnement Social adapté à la qualité  
de vie (S)

PCC= VIPs

## Résumé des règles

### **chercher une raison au comportement déraisonnable**

Entrer en relation, tenter plusieurs formes de communication

### **déterminer le besoin**

Observer

Compter sur les informants

Essayer et échouer

### **agir sur environnement et avec les mesures psychosociales**

**prévenir, bon niveau de stimulation, arranger, flexibilité**

**tenir compte des capacités et des préférences**

**maintenir l'identité**

# Stratégie

**Etape 1 : recherche activement s'il existe des troubles (questionnement +/- usage NPI); rechercher des facteurs de risque (détresse de l'aidant, douleur, trouble du sommeil, état de santé précaire)**

**Etape 2 : décrire le trouble**

Date de début? Médicaments? Problèmes de santé?

Sécurité?

Etat émotionnel de l'aidant (attention à la projection)

**Etape 3 : identifier la/les cause(s) (interne/externe)**

**Etape 4 : faire un plan de traitement**

Une seule cible (rare) → stratégie unique

Plusieurs cibles → approche générale (exercice, loisir, éducation de l'aidant, action environnemental, structuration de la routine quotidienne)

**Etape 5 : est-ce efficace (si non : est-ce que cela a été suivi de façon correcte)**

**Etape 6 : est-ce qu'un nouveau trouble n'apparaît pas?**

# **Le traitement médicamenteux = psychotropes**

**Prescription fréquente en France**

**Prescription fréquente chez la personne âgée**

**Prescription fréquente chez la personne avec une  
MA et/ou des troubles apparentés**

# Avant le traitement Médicamenteux

## Examen clinique par le médecin:

Systematique et précoce

Analyse du ou des symptômes par le médecin

Recherche causes intercurrentes (ex fécalome, globe urinaire...)

## Évaluation de l'environnement

## Évaluation de la qualité de vie de la personne et de l'entourage

+++

## Proposer interventions non médicamenteuses

## Si traitement médicamenteux: poser la bonne indication

# Psychotropes (1)

## Anxiolytiques: (AI=Action Immédiate)

Benzodiazépines (xanax, valium, rivotril, tranxene, lexomil, lysanxia, temesta...)

Non benzodiazepines:

- antihistaminiques (atarax)

- carbamates (équanyl)

## Hypnotiques: (AI)

Benzodiazépines (havlane, rohypnol, mogadon...)

Non benzodiazépines:

- cyclopyrrolons (imovane)

- imidazopyridines (stilnox)



## Psychotropes (2)

### Antidépresseurs:(AD Action Différée> 3 sem)

Tricycliques: (anafranil, laroxyl...)

Apparentés (stablón, athymil...)

IRS = inhibiteur de la recapture de la sérotonine (prozac, zoloft, seropram, deroxat, floxyfral...)

## Psychotropes (3)

### Neuroleptiques = anti-productifs (AI)

Typiques: haldol...

Atypiques: (leponex, risperdal, zyprexa...)

### Autres psychotropes et non psychotropes

Thymorégulateurs:

■ Depakine

■ Lithium

■ Tegretol

Anti-cholinestérasiques

	Anxiolyt.	Hypnot.	Antidep.	Neurolept.	Thymoreg	Antocholin
<b>Idées délirantes</b>				x		
<b>Hallucinations</b>				x		
<b>Agitation</b>					X	
<b>Deshinibition</b>					X	
<b>Agressivité</b>			X			
<b>Troubles du sommeil</b>		X				
<b>Apathie</b>						
<b>Anxiété</b>	X					
<b>Euphorie</b>						
<b>Dépression</b>			X			
<b>Hypersomnie</b>						
<b>Troubles de l'appétit</b>						

## **Suivi d'un traitement médicamenteux**

**Durée limitée et réévaluation régulière de l'indication**

**Effets bénéfiques / risques (effets sec.)**

Baisse de la vigilance +++: chute, fracture, fausses routes...

Syndrome de sevrage (benzodiazépines)

**Durée de vie courte / longue**

**Observance thérapeutique et troubles cognitifs**

# **Approche non médicamenteuse en dehors des troubles du comportement**

# Entrainement cognitif

## Nombreuses techniques difficiles à analyser de façon globale

Cibles: mémoires, attention, fonction exécutives (gérer un budget, faire de la monnaie...)

Approche: compensatrice ou rehabilitative

Population cible (plutôt atteinte modérée ou minime mais quelque programme pour des personnes atteintes).

Nombre de sessions (5 à 72)

Fréquence 1/sem à 6/sem

Durée du programme (5 semaines à 16 semaines)

Individuel ou groupe ou mixte

Groupe contrôle

## Taille de l'effet

**Sur toutes les mesures de devenir quel que soit la mesure cognitive utilisée (0.47) (minime 0.2, moyenne 0.2-0.8, élevée > 0.8)**

**Plutôt mieux pour les approches réhabilitatives (0.54) que compensatoires (0.36)**

**Le bénéfice est plus clair sur les aptitudes à apprendre, sur les fonctions exécutives, les aptitudes à gérer le quotidien.**

**Limites: petite taille des études, doute sur la mesure du fonctionnement, beaucoup de stratégie multiple (bénéfice de la stratégie unique incertain)**

***Sitzer DI, Acta Psychiatr Scand 2006;114:75***

**Mais pas seulement...**

**Voir ETNA 3**



# Les troubles du langage

## Que faire ?

Recommandations nombreuses « communiquer avec le malade Alzheimer »

Positionnement adéquat pour le maintien du contact visuel

Attirer l'attention du malade, au calme

Phrases simples

Communication non verbale (toucher)

## L'émergence de la parole

**Expériences favorisant l'expression des personnes malades: bistrot mémoire, sites internet, groupes de parole, associations de malades**

**Rétablir la communication: donner du temps, savoir-être en posant un autre regard (L. Ploton)**

**Méthode de validation (Naomi Feil): rejoindre la personne désorientée dans sa réalité**

## **Préservation de l'identité**

**Respect des goûts et habitudes**

**Le malade doit avoir ses propres vêtements**

**Solliciter les choix encore possibles**

**Préserver élégance et coquetterie (image de soi)**

**Considérer la personne et non l'Alzheimer**

# L'habillement et la toilette

**Que faire ?**

**Préparer les vêtements**

**Simplifier l'habillement**

**Penser à l'importance du chaussage**

**Aider n'est pas faire à la place**

**Attitude devant un refus: patience, improvisation...**

## **Le repas**

**Temps essentiel de la journée qui doit rester convivial et ludique**

**Le repas doit obéir à des règles: ordre des plats, aliments faciles à consommer (bouchées, « cubaliments »)**

**Respect des goûts, proscrire les régimes**

**Participation souhaitée à la préparation**

**Aux stades évolués: moins d'attention à l'équilibre alimentaire et à la propreté (« manger mains »)**

## Désorientation temporo-spatiale

Rappeler la date grâce à un calendrier perpétuel.  
Horloges à l'heure.

Ne pas fournir de revues périmées

Faire participer la personne au rythme du  
déroulement de la journée. Planning affiché

En institution: personnaliser la chambre

## **Errance et déambulation**

**Elles traduisent et le besoin de bouger (énergie interne) et l'angoisse (liée à désorientation temporo-spatiale)**

- aider le malade à s'orienter**
- maintien des activités physiques (promenade) et occupationnelles**

**L'agitation de fin d'après midi est favorisée par la pénombre**

**En institution: espaces larges de déambulation et issues sécurisées, ateliers**

**Bracelet de géolocalisation, carte d'identification**

# Les occupations

**Adaptées aux goûts et capacités de chacun**

**Place des activités artistiques**

**Ils doivent avoir le sentiment d'être utiles (ex: taches domestiques)**

**Il faut être imaginatif en :**

Guettant les désirs

Favorisant les initiatives personnelles

Aidant sans faire à la place,

Tenant compte des habitudes de vie

Panachant les activités physiques et intellectuelles

**Accueils de jour, ateliers occupationnels en EHPAD, clubs**



## **Suivi médical du patient**

**Maladie d'Alzheimer: suivi du ttt médical spécifique, ttt médicamenteux des SPCD, iatrogénie**

**Suivi nutritionnel (la perte de poids du malade accompagne un déclin + rapide Vellas 2005)**

**Complications évolutives: épilepsie, confusion, tr. déglutition, chutes, AVC**

**PEC de la co-morbidité, des patho intercurrentes**

**Respect des contre-indications médicamenteuses**

**Ttt non médicamenteux: kiné, ergo, psychomotricien, orthophoniste, équipe ESA**

**Etude Plasa: pas mieux en centre mémoire que par MG**

## **Troubles sensoriels**

**Relation entre tr cognitifs et tr de l'audition (Valentijn 2005)**

**Tr cognitifs plus importants en cas d'hypoacousie (Uhlman 1989)**

**Intérêt d'un appareillage efficace et d'une rééducation orthophonique sur le déclin cognitif?  
A démontrer**

## **Activités physiques**

**Retard de survenue du déclin cognitif chez les non déments (Weuve 2004)**

**Amélioration du comportement des patients (Heyn 2004)**

**Programme de marche rapide chez des femmes de déments (étude randomisée King): effet + sur leur santé**

**Meilleur sommeil**

# Approche mixte

## Approche mixte

**Support de l'aidant + thérapeutique non médicamenteuse  
de la personne + parfois ensemble**

**Aidant: support, éducation, aptitudes, thérapie familiale,  
gestion du stress, répit, conseil**

**Personne: musique, approche sociale, entraînement  
cognitif, réminiscence, approche médicale**

### **Effet**

sur dépression

sur état de santé aidant mental et physique

sur « fardeau »

# Sortir de la performance