




## 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)*

*En français symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD, parfois SCPD)*



## Fréquence

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

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

## Attention (1)

### **Modulés par l'entourage:**

- déni, difficultés d'en parler, voir d'exagération
- facteurs culturels et sociaux (aidants noirs américains déclarent moins de troubles que les blancs)

### **Modulés par le caractère de la personne**

- majoration d'un trait de caractère ancien
- comportement nouveau

## Attention (2)

- Un « trouble » n'est pas toujours dérangent et bruyant
- La disparition d'un « trouble » peut être un trouble
- Un comportement nouveau n'est pas toujours un « trouble »
- Un comportement « ennuyeux » n'est pas toujours un « trouble » (refus)
- 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**

Intuition ou Interprétation « 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

### **Anxiété : suivre le proche comme son ombre**



## Les troubles bruyants (2)

### **Agitation:**

Motrice (y compris accumulation) pacing ou verbale (y compris questionnement, plaintes, cris) inappropriée

Ex: déambulation, fugue / 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

## Fréquence relative en milieu institutionnel

Comportement	Fréquence rapportée (%)	
Déambulation	4	– 24
Agressivité verbale	8	– 25
Agressivité physique	8	– 33
Résistance aux soins	11	–
Apathie	21	– 88
Impossibilité du repos	12	– 33
Dépression	18	– 75
Idées délirantes	12	– 100
Hallucinations	3	– 34

## Ne pas confondre avec le syndrome confusionnel

### Les facteurs clefs du diagnostic:

- 1 **Début aigu & fluctuations** de l'évolution

**ET**

- 2 Inattention

**PLUS**

- 3 Désorganisation du cours de la pensée et du langage

**OU**

- 4 Atteinte de la vigilance

- Avec ou sans autres signes (Désorientation, troubles de mémoire, hallucinations, agitation ou ralentissement, inversion rythme veille-sommeil)

## Troubles et maladie

- **Tous les troubles peuvent se voir dans TOUTES les maladies**
- **Le plus fréquent**
  - Vasculaire (Alzheimer) et dépression
  - DCL et hallucination
  - Desinhibition, errance, comportement inappropriés et DFT
- **A tous les stades**
  - Dépression fréquente en début
  - Illusions, hallucinations et agressivité plus fréquente en fin
  - Apathie est le plus constant à tous les stades
- **Ce ne sont pas les troubles cognitifs qui provoquent les troubles du comportement-> pas de corrélation**

## 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 signifiante**
- **Réaction aux autres**
  - **Lien QdV des aidants-dépression MA**

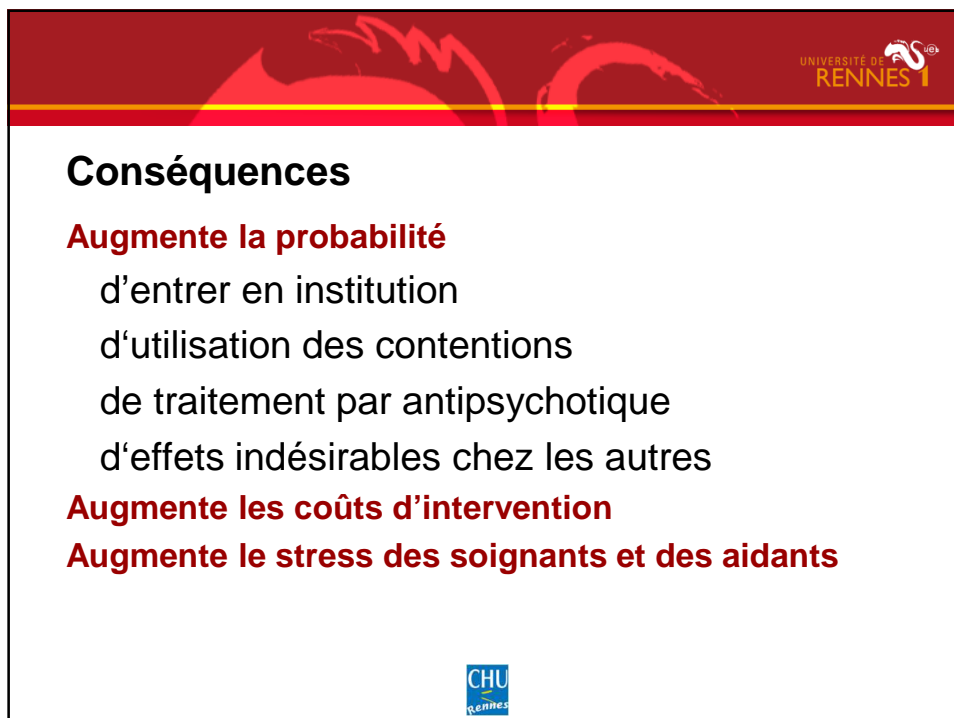
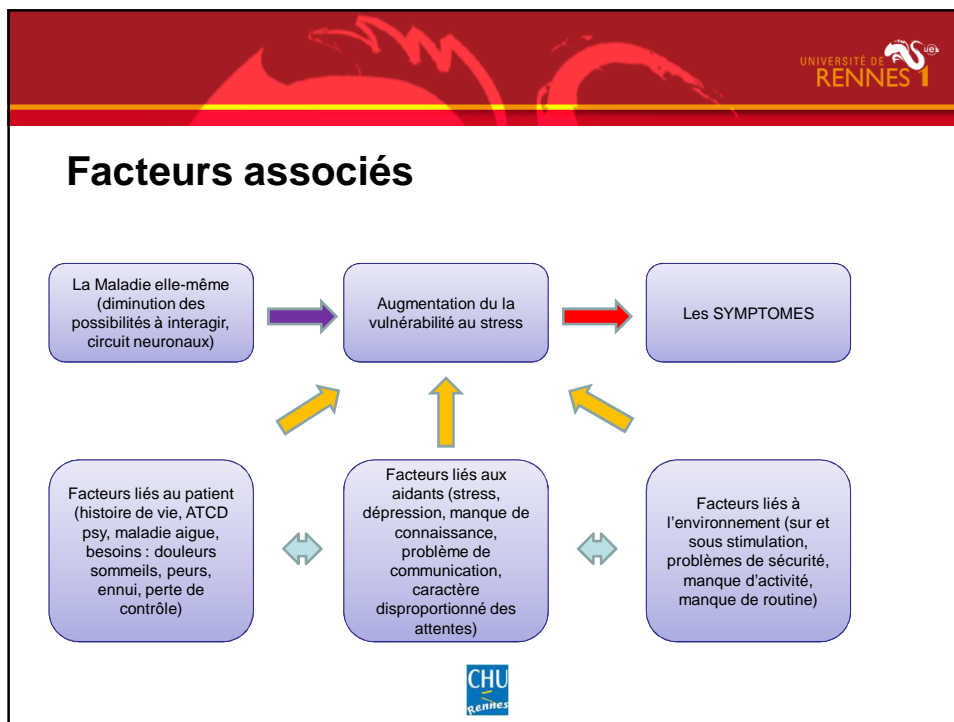


## Causes environnementales

- 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)**



## 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

## 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 liens possibles

- **Déambulation** : évacuation du stress ou des tensions; refus de capituler ou de la dérive; se concentrer
- **Cris** : se sentir exister
- **Incontinence** : se réfugier, régresser (abandon)
- **Reprise de conduite ancienne** : résoudre
- **Chutes** : mise en scène de l'abandon
- ...

## 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? (détresse, autonomie, danger)**
- **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 interventions

## Types d'intervention

- **Sur environnement**
- **Sur la personne et notamment les sens**
- **Sur les aidants**

## Eviter d'aggraver

- **Réaction arbitraire « c'est comme ça ici »  
(institution notamment)**
- **Stimulation parfois persécutante**
- **Démotivation (oui=non)**
- **Bâillonner (ne pas négocier : empêcher, obliger,  
prendre, diriger...)**

### 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 goût 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

## 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?**

## Si on envisage le traitement médicamenteux

- **Examen clinique par le médecin:**
  - Systématique 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 benzodiazépeines:
    - 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 (stablon, 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-cholinesterasiques

UNIVERSITÉ DE  
**RENNES 1**

	Anxiolyt.	Hypnot.	Antidep.	Neurolept.	Thymoreg	IACE
Idées délirantes			X	x		
Hallucinations			X	x		
Agitation	X	X	X		X	
Deshinhibition				+/-	X	
Agressivité			X			
Troubles du sommeil		X	X			
Apathie						X
Anxiété	X		X	+/-		
Euphorie						
Dépression			X	+/-	+/-	
Hypersomnie						
Troubles de l'appétit						



UNIVERSITÉ DE  
**RENNES 1**

## 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**



## Le pari du sens

- Passer du « il est fou » à « il m'affole » et dans quel but (Louis Ploton)
- Les conduites perturbées peuvent signifier quelque chose (j'ai besoin de...; je veux exister...; je ne veux pas que...)

## 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

- **besoin de bouger (énergie interne) et l'anxiété (liée à désorientation temporo-spatiale)**
  - aider le malade à s'orienter
  - maintien des activités physiques (promenade) et occupationnelles
- **agitation de fin d'après midi favorisée par la pénombre**
- **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**

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

## Entraînement cognitif

### Nombreuses techniques difficiles à analyser de façon globale

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

Approche: compensatrice ou réhabilitative

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**

- peu d'efficacité de stratégie pourtant choisie pour être le plus efficace possible
- Efficacité cependant mais uniquement lorsque l'action est personnalisée

## **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**

## 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**

**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 »

## Donc

- **Sortir de la performance**
- **Evaluer+++**
- **Evaluer l'évaluation et la nécessité de la compléter**
- **Valeur de l'interdisciplinarité voire de la circumdisciplinarité**
- **Valeur du temps, de la pédagogie, de la cohérence (de la coordination)**
- **Ne pas tout vouloir régler, voir ce que cela révèle de dysfonctionnel dans les réponses apportées**