



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS NORD VAL DE SEINE
Bouquet | Bichat | Claude Bernard | Bichat-Croix | Louis Morel | Charles Nicolle



« Clinique et traitement des troubles comportementaux »

olivier.drunat@aphp.fr

Capacité Gériatrie, Avril 2018



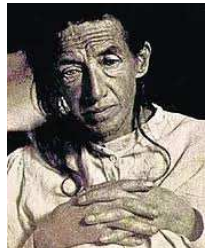
Objectifs pédagogiques

- Reconnaître les symptômes comportementaux
- Utiliser des outils d'évaluation notamment le NPI
- Conduire une démarche diagnostique
- Guider les équipes soignante,
- Accompagner l'entourage des patients,
- Utiliser toutes les ressources thérapeutiques possibles
- Développer des stratégies de prévention

2

Auguste D

- Admise à l'hôpital psychiatrique de Frankfort en novembre 1901 en raison d'agressivité, agitation et psychose.



3

Prévalence et persistance des SCPD

Prévalence communautaire

Prévalence élevée	52% %*
Prévalence sur 5 ans	92 ** à 97 % *
Prévalence sur 18 mois	
Délires	65,5 %
Dépression	58,3 %
Comp Mot Aberrant	55,6 %

Prévalence EHPAD > communauté

Brodsky et al Int J Geriatr Psychiatry 2001 Steinber et al Int J Geriatr Psychiatry 2004 et 2008

4

Conséquences des SCPD

Stress, souffrance, fatigue
Isolement, contention physique / chimique
Négligence, exacerbation des maladies somatiques
Mortalité augmentée
Institutionnalisation
Cause majeure du fardeau des aidants
Surcoût financier (30% en communauté)

5

Plan

- Symptômes Comportementaux et Psychologiques associés à la démence
 - Clinique des SCPD
 - Importances des SCPD
- Etiopathogénie comme guide thérapeutique
 - Approches psychologique / environnementales
 - Traitement somatique
 - La médication en dernier recours

6

6 Étapes pour être efficace

1. **Distinguer** les symptômes psychologiques et les symptômes comportementaux
2. **Comprendre pourquoi** un comportement devient un trouble du comportement
3. **Décrire** au quotidien les troubles du comportement d'un patient
4. **Comprendre au quotidien l'origine** des comportements troublants d'un patient
5. **Gérer au quotidien** les troubles du comportement d'un patient avant l'utilisation des médicaments
6. Bien utiliser les **médicaments** devant les troubles du comportement d'un patient

Rigaud et Smagghe

Définition ?

Appellation « globale » pour désigner différentes manifestations comportementales aiguës ou chroniques hors des normes sociales établies

Quelle est la norme ?

Distinguo « subtil » avec les traits de caractère d'autant que certains « troubles du comportement » sont souvent une simple majoration des traits de caractère antérieurs dont la « couleur » change.

Normal ou pathologique ?

Importance de la « **rupture** » avec le comportement antérieur et quand les troubles par leur retentissement deviennent responsables d'une impossibilité de mener à bien les tâches quotidiennes.

Étape n°1: distinguer

- « Symptômes comportementaux et Psychologiques de la démence » *
- Description d'un champ hétérogène de réactions psychologiques, de symptômes psychiatriques et de comportements survenant chez des patients présentant une démence quelque soit son étiologie **

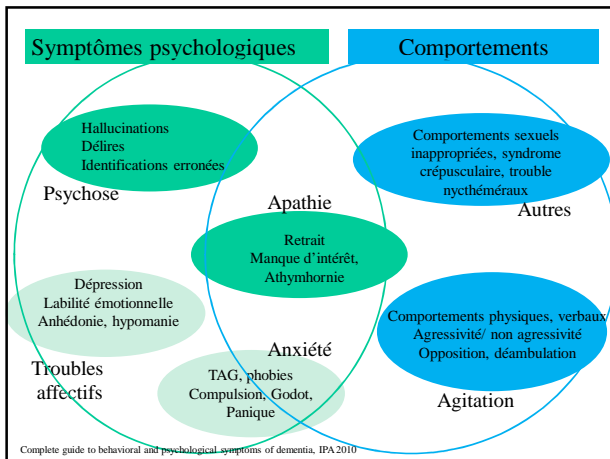
* Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) International Psychogeriatrics 1996; 8(3): 215-552
** A clinical and Research update International Psychogeriatrics 2000; 12(S1): 51-424

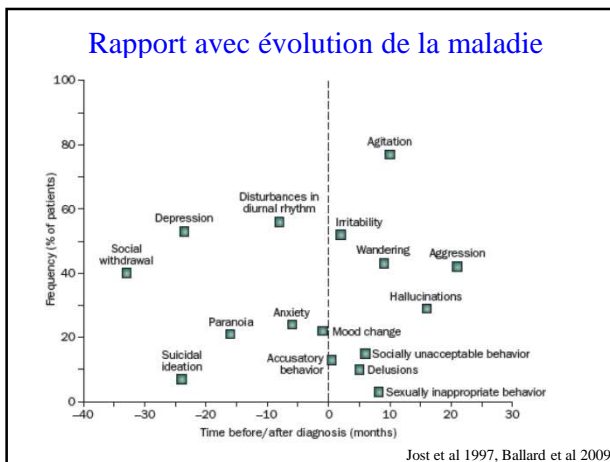
Symptômes psychologiques

- Anxiété
- Humeur dépressive
- Idées délirantes
- Hallucinations

Les symptômes comportementaux

- Agressivité physique et verbale
- Cris
- Agitation
- Troubles du sommeil
- Déambulation
- Désinhibition
- Thésaurisation
- « Fugue »





Hypothèses neuro-physiologiques

Symptômes	Localisation des dysfonctionnements cérébraux	Récepteurs impliqués
Apathie	Région frontale et cingulaire	Acétylcholine Noradrénaline
Dépression	Lésions locus coeruleus	Noradrénaline Sérotonine
Exaltation de l'humeur	Non déterminée	Balance dopaminocholinergique
Hallucinations	Cortex temporal	Balance dopaminocholinergique
Idees délirantes	Cortex frontal	Acétylcholine
Anxiété	Non déterminée	Sérotonine
Agressivité	Cortex temporal antérieur G Cortex frontal dorsolatéral D et G	Non déterminés
Déambulation	Région orbito frontale	Sérotonine
Troubles alimentaires	Région frontale interne gauche	Non déterminés

Étape n° 2

Comprendre pourquoi un comportement devient un trouble du comportement

Troubles du comportement ou comportements troublants ?

Un comportement devient un trouble du comportement:

- Lorsqu'il dépasse ce que peuvent supporter l'entourage
- Parce qu'il leur paraît en lui-même insupportable
- Ou parce qu'il dure trop longtemps ou se répète trop souvent
- Il faut alors écouter l'entourage...

Étape n° 3

Décrire au quotidien les troubles du comportement d'un patient

Analyse clinique

- **CIRCONSTANCES:**
A quelle heure ? A quel endroit ? Au cours de quelle activité ?
Avec quelle personne ?
- **LE PATIENT:**
Que fait-il ? Que dit-il ? Que ressent-il ?
- **LE SOIGNANT:**
Que fait-il ? Que dit-il ? Que ressent-il ?
- **EVOLUTION:**
Quel est l'effet de l'intervention ou au contraire de la non intervention du soignant ? Quel est la durée du comportement ?
Quelle est sa fréquence s'il se répète ?

Utiliser des grilles et des échelles

- Plus d'une centaines de grilles
- Soit globales, soit spécifiques d'une catégorie de trouble
- Soit issues des échelles de psychiatrie classique
- Soit développées spécifiquement pour la démence.

Evaluer l'agitation et son réinvestissement

L'échelle de Cohen-Mansfield

	0	1	2	3	4	5	6	7
Agitation physique non agressive								
1. Cherche à sauter	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Déchire les affaires	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Mange des produits non comestibles	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Fait des avances sexuelles physiques	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Déambule	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Se déshabille, se rhabille	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Attitudes répétitives	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Essais d'aller ailleurs (fugues)	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Manipulation non conforme des objets	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Agitation généralisée	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Recherche constante d'attention	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Cache des objets	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Amasse des objets	0	1	2	3	4	5	6	7
Agitation verbale non agressive								
14. Répète des mots, des phrases	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Se plaint	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Émet des bruits bizarres	0	1	2	3	4	5	6	7
17. Fait des avances sexuelles verbales	0	1	2	3	4	5	6	7
Agitation et agressivité physiques								
18. Donne des coups	0	1	2	3	4	5	6	7
19. Bouscule	0	1	2	3	4	5	6	7
20. Mord	0	1	2	3	4	5	6	7
21. Cache	0	1	2	3	4	5	6	7
22. Donne des coups de pied	0	1	2	3	4	5	6	7
23. Cache	0	1	2	3	4	5	6	7
24. Se bécote, bécote les autres	0	1	2	3	4	5	6	7
25. Tombe volontairement	0	1	2	3	4	5	6	7
26. Lance des objets	0	1	2	3	4	5	6	7
Agitation et agressivité verbales								
27. Jure	0	1	2	3	4	5	6	7
28. Est opposant	0	1	2	3	4	5	6	7
29. Pousse des hurlements	0	1	2	3	4	5	6	7
TOTAL								

Les 29 items sont à évaluer. Un score inférieur ou égal à 29 correspond à une absence de trouble du comportement

Moran M. Troubles du comportement en institution. In Psychiatrie du sujet âgé. Logez JM et al. Ed Flammarion Médecine Scientifique, 1995.

0: non évalué
1: jamais
2: moins d'une fois par semaine
3: une à deux fois par semaine
4: quelques fois au cours de la semaine
5: une à deux fois par jour
6: plusieurs fois par jour
7: plusieurs fois par heure

Inventaire Neuro-Psychiatrique

Interview structuré d'un proche ou d'autres aidants recherchant des troubles dans 12 domaines

- Les 12 domaines ont été isolés à la suite d'une étude approfondie de la littérature sur les troubles non cognitifs des syndromes démentiels
- Les troubles de chaque domaine sont décrits en langage quotidien mais précis pour permettre les comparaisons entre les patients et la fidélité inter Observateurs
- La description est phénoménologique, sans référence aux entités nosologiques.

Neuro Psychiatric Inventory NPI, CUMMINGS 1994.

12 items du NPI

-Symptômes psychotiques

Délire
Hallucination

- Symptômes d'hyperactivité

Agitation / agressivité
Euphorie
Désinhibition
Irritabilité / instabilité de l'humeur
Comportement moteur aberrant

- Symptômes affectifs

Dépression
Anxiété

- Apathie

- Symptômes végétatifs

Trouble sommeil
Trouble de l'appétit

Comportements
perturbateurs (HAS)

23

Pour chaque domaine

L'interview structuré comporte 5 parties:

- Une question initiale déterminant l'**existence** du trouble
- Une série de questions précisant le **profil clinique** du trouble
- Trois séries de question permettant d'établir un score de **fréquence** et deux scores de **retentissement** (patient et entourage).

EXEMPLE

AGRESSIVITE

Question initiale

- Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ?
- Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?

Non : passer à la section suivante

OUI: posez les questions complémentaires

Questions complémentaires

- Le patient est-il agacé par les personnes qui essayent de s'occuper de lui ou s'oppose-t-il à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?
- Le patient est-il buté, exige-t-il que tout soit fait à sa manière ?
- Le patient est-il peu coopératif et refuse-t-il l'aide qu'on lui apporte ?
- 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 ...
- (4/8)

Score de fréquence

- 1 Moins d'une fois par semaine
- 2 Environ deux fois par semaine
- 3 Plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
- 4 Tous les jours ou pratiquement tout le temps

Score de gravité

Diriez vous que le degré de gravité est:

1 Léger :

ce comportement est perturbant mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient vers d'autre chose ou en le réassurant *JE MAITRISE*

2 Moyen:

ce comportement est perturbant et il est difficile d'attirer l'attention du patient vers autre chose ou de le contrôler *JE MAITRISE DIFFICILEMENT*

3 Important : Le comportement est très perturbant et représente une source majeur de difficultés. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. *JE NE MAITRISE PAS.*

Score de retentissement

0 pas du tout

- 1 **perturbation minimum:** presque aucun changement dans les activités de routine
- 2 **Légerement:** quelques changements dans les activités de routine mais peu de modification dans la gestion du temps de travail
- 3 **Modérément:** désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail
- 4 **Assez sévèrement:** désorganise, affecte l'équipe et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail
- 5 **très sévèrement ou extrêmement:** très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités

NPI-ES L'année gériatrique 2003.

Inventaire neuropsychiatrique

Evaluation de 12 troubles:

Idées délirantes,
Hallucinations,
Agitation/Agressivité,
Dépression,
Anxiété,
Euphorie,
Apathie,
Désinhibition,
Irritabilité,
Comportement moteur aberrant,
Troubles Sommeil,
Troubles de l'appétit

2 versions :
soignant et aidant

- > Fréquence: < 1fois/semaine(1)
à tous les jours (4)
- > Gravité: 1 à 3
- > Fréquence x Gravité = Score/12
- > Retentissement: 1 à 5

NPI, critère d'admissibilité

- **Pôle d'Activité et de Soins Adaptés**
F x G > 3 pour au moins un symptôme
Score Retentissement: entre 2 et 4
Score de Fréquence: au moins une fois par semaine au cours du mois précédent
- **Unité d'Hébergement Renforcée**
F x G > 7 pour au moins un « symptôme perturbateur »
Score Retentissement: 5 ou 4 lors de 2 évaluations durant le mois précédent.

32

NPI en résumé

- Une description univoque parce que phénoménologique des symptômes
- Un inventaire exhaustif
- Des scores très entourages dépendants
- Un bon outil pédagogique en pratique clinique
- Et surtout un bon outil épidémiologique

Étape n°4

Comprendre au quotidien l'origine des comportements troublants d'un patient

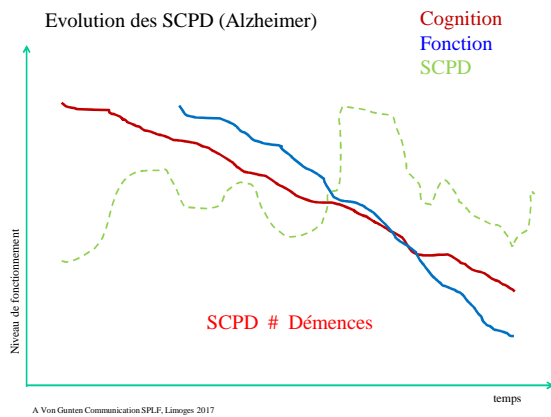
Prémisses

La majorité des personnes qui ont des SCPD voient leurs symptômes disparaître / diminuer suite à un traitement adapté.

Les démences évoluent inévitablement

35

Evolution des SCPD (Alzheimer)

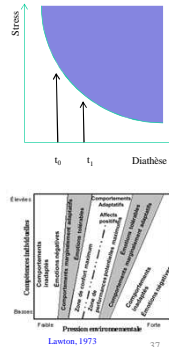


SCPD selon un modèle adaptatif

Le symptôme nait d'un conflit entre les exigences (stress) à des éléments de réalité et des capacités adaptatives du sujet dans les domaines:

- Somatique
- Personnel (personnalité, idéaux)
- Relationnel
- Environnemental

Déclin progressif du seuil de stress (Hall GR, Arch Psychiatric Nursing 1987;1:399-406)



« NDB model » et SCPD

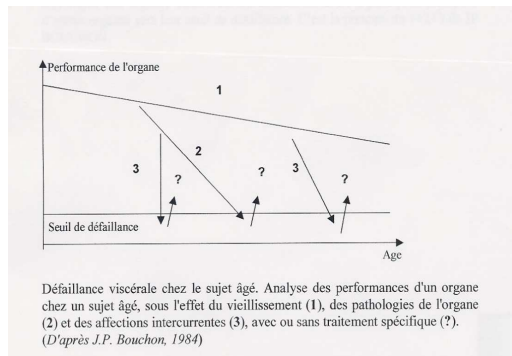
Need Driven Dementia Compromised Behavior Model (NDCB)

- Modélisation des SCPD comme le résultat de l'incapacité d'exprimer ou de répondre à un besoin (douleur, faim, soif, stimulation)
- Donner du sens aux SCPD et trouver un traitement causal
- Deux études contrôlées ont mis en évidence une réduction des SCPD et diminution des psychotropes

Savaskan E. et al Praxis 2014; 103: 1-14. Kolanowski AM J GerontolNurs 1998; 25: 7-9. Kovach CR J Gerontol Nurs 2006; 32: 18-25. Kovach CR et Al Am J Alzh Dis & Other Dem 2006; 21: 147-155.

38

Décompensation comportementale



Défaillance viscérale chez le sujet âgé. Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement (1), des pathologies de l'organe (2) et des affections intercurrentes (3), avec ou sans traitement spécifique (?). (D'après J.P. Bouchon, 1984)

Tr. du comp. = alertes

- Alerte diagnostique
- Alerte évolutive
- Alerte de vulnérabilité
- Alerte d'un entourage malade
- Ultime alerte
- Alerte aux mauvaises pratiques

Alerte diagnostique

Démences fronto-temporales

- Troubles inauguraux du comportement
- Troubles cognitifs au 2^{ème} rang
- Troubles précoces de l'humeur

Démences à Corps de Lewy

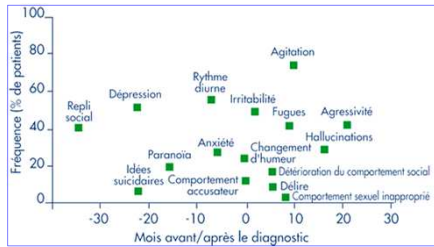
- Individualisation récente
- Hallucinations visuelles ++ très détaillées, parfois auditives, somesthésiques ou olfactives
- Symptômes thymiques fréquents (labilité émotionnelle)
- Variations de l'attention et de la vigilance
- Fluctuation des performances
- Symptômes moteurs parkinsoniens

Alerte diagnostique

Démences vasculaires

- Evolution par paliers
- Symptômes thymiques fréquents (labilité émotionnelle)
- Idées délirantes (40 % des cas)
- Hallucinations fréquentes
- Troubles obsessionnels possibles

Alerte évolutive

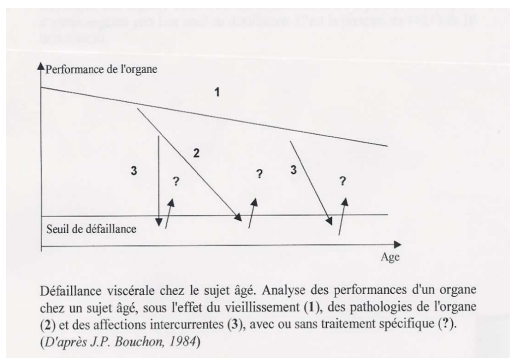


Jon BC et al. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history study. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 1078-1083

Alerte évolutive

- Sources de nouvelles complications
- Gêne à l'accès aux soins
- Certains troubles s'amendent ou disparaissent

Alerte de vulnérabilité



Affections intercurrentes

- Fièvre
- Globe urinaire
- Fécalome
- Douleurs
- Les bas débits sanguins cérébraux
- Les troubles sensoriels
- Les médicaments...

Alerte de vulnérabilité

Symptômes	Classes pharmacologiques
Apathie	Neuroleptique, Inhibiteurs de la recapture de sérotonine
hypersomnie	Neuroleptiques, benzodiazépines
Euphorie	Agents sérotoninergiques, oestrogènes, corticoïdes
Désinhibition	Mémantine
Instabilité psychomotrice	Inhibiteurs de la recapture de sérotonine
Hallucinations	Agonistes dopaminergiques Anticholinergiques Anticholinestérasiques Zolpidem Corticoïdes

Alerte d'un environnement malade

La santé physique

- fatigabilité
- épuisement
- pathologies cardiovasculaires
- cancéreuses
- diminution de la réponse immunitaire
- pathologies respiratoires
- retard de cicatrisation

Vitaliano PP, Scanlan JM. Health Psychol 1998; 17 (6): 520-9.
Glaser R, Sheridan J, Malarkey WB. Psychosom Med 2000; 62 (6): 804-7.
Bauer ME, Vedhara K, Perks P. J. Neuroimmunol. 2000; 103 (1): 84-92.

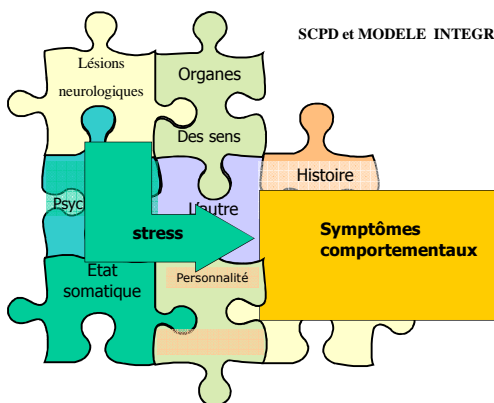
Ultime alerte

- Un accompagnement
- Des co-morbidités significatives
- Une phase palliative

Une alerte aux mauvaises pratiques

Une focale réduite,
un amalgame entre ATCD et pathologie active,
une parole discréditée,
une imputabilité présumée,
une banalisation des troubles,
une obligation de résultats ...

SCPD et MODELE INTEGRATIF



SI MODIFICATION BRUTALE DU COMPORTEMENT PENSEZ A:

Problème médical	<ul style="list-style-type: none"> • température, douleur, toux (infection ORL ou pulmonaire), urine souvent (infection urinaire), difficultés pour s'alimenter (abcès dentaire, myxose buccale); • trouble transit • déshydratation . • Surveillez température, transit (les selles), urines, quantité de boisson.
Problème médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt brutal. • Modification récente de dose. • Introduction d'un nouveau produit. • Confusion dans les prises.
Problème physique	<ul style="list-style-type: none"> • Confiné au lit et/ou au fauteuil car ne bouge presque plus et sa position est inconfortable, débats des escarres. • Vêtements sont trop serrés, dentier mal adapté. • A été attaché ! (les contentions sont à proscrire car elles génèrent de l'angoisse, de l'incompréhension et de l'agitation supplémentaire) : " Je n'ai rien fait, pourquoi est-ce que m'on a arrêté ??"
Problème relationnel ou affectif	<ul style="list-style-type: none"> • Il se sentiment de solitude d'abandon, tristesse, angoisse en particulier en raison d'idées délirantes. • conflits relationnels
Modification récente de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Une nouvelle personne dans l'EHPAD, un départ • Un changement de lieu de vie

Étape n°5

Gérer au quotidien les troubles du comportement d'un patient avant l'utilisation des médicaments

Généralité

- Contention est synonyme de mauvaise qualité de vie
- Mesures comportementales en premières intention
- Tous les intervenants participent à l'évaluation et aux aménagements

Traitement somatique en premier

Maladie / problème somatique et SCPD

Evaluer

Syndrome confusionnel
Infection, trouble
électrolytiques,
métaboliques, endoc,
hématol
Sensoriel (lunettes, app
auditifs)
Alimentation (hygiène
buccale, élimination)
Médication
(simplification)
Etc

Traiter

Traitement étiologique ou
symptomatique
y compris
médicamenteuses

56

Douleur et SCPD

Douleur *

47,9 % (n= 16183) des résidents en EHPAD ont des douleurs

Corrélation significative entre douleur et « Vocally Disruptive Behavior », agressivité physique, déambulation

Effet des antalgiques est inconstant

Traitement ciblé de la douleur

Cummings JL, et al JAMA 2015; 314: 1242-54.

57

Traitement psychologique

Prémorbidité et déclin cognitif

Hypoactivité physique

Dépression

Neuroticisme élevé (persistance des émotions négatives) ^{1,4}

Ouverture basse ²

« Conscienciosité » basse ^{3,4}

Période prémorbide

MCI / Démence



1 Johansson L, et al Neurology 2014;83: 1538-44
2 Rodriguez C et al Dem and Geriatr Cogn Dis Extra 2016;6: 120-132
3 Wilson RS Psychol Aging 2015;30: 74-82
4 Terracciano A, Alzhr & Dem 2014;10: 179-86(étude prospective)

Modèle autobiographique / personnalités

Prémisse:

La lésion cérébrale s'inscrit dans une histoire de vie avec son sens individuel

Anamnèse personnelle des intérêts, valeurs, objectifs de vie, de la façon d'être → une approche autobiographique pour sortir de la projection du soignant

Psychothérapie et SCPD

Traitement psychothérapeutique (R !)

Définition; les psychothérapies permettent de nouer une relation avec une personne extérieure tout en maintenant un dialogue intérieur

Effet: efficacité à long terme surtout pour les symptômes d'anxiété et de dépression chez les patients déments légers à modérés. Les problèmes de la vie quotidienne doivent être abordés lors des séances de psychothérapie.

Savaskan E. et al Praxis 2014; 103: 1-14. Livingston G. et al Am J Psychiatry 2005; 162: 1996-201. Brodaty H. 2012. Am J Psychiatry 169: 946-953.

61

Approche du soi

Traitement par réminiscence (R5)

Définition: vise l'activation des souvenirs et des expériences antérieures dans le cadre des activités de la vie quotidienne

Effet: Quelques études ont démontré un effet modeste

Thérapie du maintien de soi (NR)

Définition; combine des éléments de validation, de réminiscence et une approche psychothérapeutique

Effet: une étude démontre un effet positif sur l'humeur de SCPD

Savaskan E. et al Praxis 2014; 103: 1-14. Heyn P. Arch Phys Med Rehabil. 2004; 1694-1704

62

Validation et SCPD

Thérapie de la validation (R5)

Définition: approche centrée sur la personne, attitude valorisante des soignants, reconnaissance et validation des émotions du patient atteint de démence

Effet: Quelques études ont démontré un effet modeste

Thérapie du maintien de soi (NR)

Définition; combine des éléments de validation, de réminiscence et une approche psychothérapeutique

Effet: une étude démontre un effet positif sur l'humeur et SCPD

Savaskan E. et al Praxis 2014; 103: 1-14. Neal M, Barton Wright P. Validation therapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No: CD001394. DOI: 10.1002/14651858.CD001394. Thorgrimsen I. et coll. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003; 3. N° CD003150. DOI: 10.1002/14651858.CD003150.

63

Musicothérapie / activation

Musicothérapie (R3)

Musique ayant une signification particulière pour la personne semble démontrer un assez bon effet, surtout sur l'agitation

Thérapie d'activation (R5)

Stimulation par des activités ciblées qui ont une signification particulière et plaisante pour la personne. Surtout recommandée pour les personnes atteintes de démence modérée

Savaskan E. et al Praxis 2014; 103: 1-14. Livingston G. et al Am J Psychiatry 2005; 162: 1996-201. Rieckmann N et al. GMS Health Technol Assess. 2008; 4: 1-9.

64

Aromathérapie / Snoezelen et SCPD

Aromathérapie (R4)

Définition: mise en contact du patient avec différents arômes et senteurs

Effets: diminution de l'agitation, particulièrement pour l'arôme de lavande inhalée et l'huile de mélisse massée

Snoezelen (R4)

Définition: stimulation multi sensorielle par impulsions visuelles, acoustiques, olfactives, tactiles, vestibulaires et/ou vibratoires. Thérapie individuelle / groupe

Effet: positif mais peu durable sur cognition, dépression, apathie, agitation, agression

Savaskan E. et al Praxis 2014; Neal M, Barton Wright P. Validation therapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No. CD001394. DOI: 10.1002/14651858.CD001394. Thorgrimsen L. et coll. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003; 3. N° CD003150. DOI: 10.1002/14651858.CD003150.

65

Stimulation basale / Mouvement et SCPD

Stimulation basale (R4)

Définition: contact physique simple, surtout lors des soins du corps. Le développement de la confiance et de sécurité peuvent contribuer à atténuer les SCPD lors de la toilette

Stimulation du mouvement (R1)

Définition: comprend des programmes ciblés autour de la mobilité, fréquemment associés à de la musique, de la danse et des promenades

Effet: positif sur les performances cognitives et fonctionnelles, mais aussi sur les SCPD.

Savaskan E. et al Praxis 2014; 103: 1-14. Livingston G. et al Am J Psychiatry 2005; 162: 1996-201. Heyn P. Arch Phys Med Rehabil. 2004; 1694-1704

66

Thérapies cognitives

Thérapies de stabilisation cognitive

Traitement d'orientation dans la réalité (R5)

Effet: études ne montrent pas d'effet particulier sur les SCPD Données insuffisantes.

Stimulation cognitive (R4)

Définition: entraînement spécifique des fonctions cognitives. Surtout efficace dans les programmes intégrés.

Savaskan E. et al Praxis 2014; 103: 1-14. Heyn P. Arch Phys Med Rehabil; 2004; 1994-1704

67

Traitement systémiques et environnementaux

Proche: caractéristiques de l'aidant

Morbidité physique

Dépression

Anxiété

Consommation Psychotropes

Troubles du sommeil

Narcissisme

Raison d'être



Schulz R. JAMA 1999; 15:2215-9. Vedhara K. Lancet 1999; 20: 627-31. Von Kamel R. Psychosom Med. 2003; 65:145-50. Charazac PM 2017 Dunod eFid.

69

Prise en charge systémique des SCPD

Investigation de la dynamique et des habitudes pré morbides

Psychoéducation

- Information sur la maladie
- Information sur le réseau

Aides pratiques

Conseil psychologique

- Attitude CC
- Acceptation d'aides
- Deuil anticipatoire
- Honte
- Travail sur la loyauté
- Dissonance dans réseau

70

Psychoéducation et SCPD

Psychoéducation (R3)

Définition: transmission du savoir actuel sur la maladie, les traitements appropriés, du pronostic et des possibles stratégies d'aide au malade ainsi qu'à ses proches

But: mettre du sens au vécu douloureux

Effet positif pour les patients DTA léger à modéré

Effet positif sur les proche aidants

Savaskan E. et al Praxis 2014; 103:1-14; Hepburn K. J Gerontol Nurs. 2007;33:30-6.

71

Proches aidants et SCPD

Interventions sur les proche aidants (R3)

Définition: stratégies cognitives et comportementales visant à développer les stratégies d'adaptation face au proche malade

Se fait souvent en parallèle de la psychoéducation

Travail d'acceptation d'aide, deuil, honte, loyauté

Savaskan E. et al Praxis 2014; 103:1-14; Gitlin L. Gerontologist. 2015;55:210-226; Ayalon L. Arch Intern Med. 2006;166:2182-8.

72

Conseil social / aide pratique et SCPD

Conseil social et aide pratique (R4)

Définition: mise à disposition de conseils (aspects légaux, sociaux, financiers et organisationnels de la maladie) pour le patient et pour les proches, mais aussi une aide concrète (formulaire, demandes de prestations, aide à domicile, séjour de répit)

But: meilleures anticipation des problèmes matériels, clarification des responsabilités, respect de la volonté des personnes.

Effet: peut retarder l'entrée en EHAPD

Savaskan E. et al Praxis 2014;103:1-14. Schoenmakers B. Aging & Mental Health. 2010;14:44-58.

73

Environnement physique et SCPD

Intervention thérapeutique sur l'environnement (R4)

Définition: aménagement d'un environnement structuré et sécurisant pour le patient

Savaskan E. et al Praxis 2014;103:1-14. Gelin L. Gerontologist. 2015;55:210-226. Cooper C. et al. Int Psychogeriatr 2012;24:856-870. Ayalon L. Arch Intern Med. 2006;166:2182-8.

74

Étape n° 6

Médication psychotrope in last

Bien utiliser les **médicaments** devant les
symptômes comportementaux d'un patient

3 principes d'utilisation des médicaments

1. Traiter la maladie de fond
2. Eviter les médicaments susceptibles de déclencher ou de majorer les troubles du comportement
3. Utiliser les psychotropes quand ils sont indiqués.

SCPD et neurotransmission

Noradrénaline	Rage, énervement, irritabilité, Violence, niveau d'excitation	Polymorphisme des récepteurs de la sérotonine, de l'ocytocine...
Sérotonine	Tristesse, dépression Impulsivité, agressivité	
Dopamine	Peur, anxiété Récompense et comportement dirigé	
Acétylcholine	Mémoire, attention, Fureur	

77

Pro cognitifs et SCPD

Inhibiteurs de l'acetylcholine-estérase

Donépézil (NPI): apathie, dépression, tension, irritabilité.
Données similaires pour Galantamine¹ et Rivastigline². Méta-analyse montre un effet positif sur SCPD chez patients déments légers à modérés³.
Conclusion: certaine efficacité sur les symptômes / signes négatifs préventivement (R2)

Thérapeutique: résultats plutôt négatifs⁴ (prudence)

1- Tariot PN et al. Neurology. 2000; 54: 2269-76. 2- Ballard C et al. BMJ 2005;330:874. Howard RJ et al. N Engl J Med 2007;357:1382-92. 3- Trinh NH. JAMA 2003; 289: 210-216. 4- Fox C et al. PLoS One 2012; 7: e35185. Gauthier S et al. Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23: 537-545. Wilcock GK et al. J Clin Psychiatry 2008; 69: 341-348. Feldman H et al. Neurology 2001; 57: 613-20. Holmes C et al. Neurology 2004; 63: 214-9.

79

Mémantine

Mémantine améliore (NPI): agitation, agressivité, délires, hallucinations: moins de nouveaux SCPD sous mémantine

Mémantine: certaine efficacité sur les symptômes / signes positifs préventivement (R2)

Thérapeutique: résultats plutôt négatifs* (prudence)

Sans résultat sur agitation après 12 semaines de ttt de SCPD plus sévères (NPI moyen à 36 versus 15)**

* Fox C et al. PLoS One 2012; 7: e35185 ** Ballard C et al. J Am Med Dir Assoc 2015; 16: 316-322.

80

Antipsychotiques

Up to date NLP / SCPD (DTA +/- DVx)

- Risperidone: seul agent avec une efficacité solide sur les SCPD (globalité: agitation et délire)
- Pas de preuve solide pour Olanzapine ni Quetiapine
- Olanzapine efficace pour l'agitation
- La quétiapine n'est pas recommandée (faute de preuve)

Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med.* 2006;355:1525-1538
 Magliano M, Ruelaz Maher A, Hu J, et al. Off-label use of atypical antipsychotics: an update. *Comparative Effectiveness Review Number 43. Executive Summary.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011

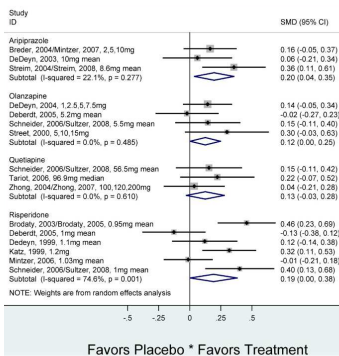
82

Résumé de l'efficacité des molécules

	Aripiprazole (Abilify ®)	Olanzapine (Zyprexa ®)	Quetiapine (Xéroquel ®)	Risperidone (Risperdal ®)	Ziprasidone (Zeldox®)
Dementia overall	++	+	+	++	0
Dementia psychosis	+	+/-	+/-	++	0
Dementia agitation	+	++	+/-	++	0
Charge anticholinergique		3	3	1	
Depression					
EDM augmentation de SSRIS/NRI	++	+	++	++	+
EDM: Monothérapie	0	-	++	0	0
Insomnia	0	0	-	0	0

Magliano M, Ruelaz Maher A, Hu J, et al. Off-label use of atypical antipsychotics: an update. *Comparative Effectiveness Review Number 43. Executive Summary.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011

ERC « historiques »



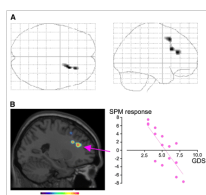
Magliano M, Ruelaz Maher A, Hu J, et al. Off-label use of atypical antipsychotics: an update. *Comparative Effectiveness Review Number 43. Executive Summary.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011

Antidépresseur et SCPD

Argument pro-sérotonnergique

Certains polymorphismes du gène du récepteur sérotonnergique (5HT2A et 5HT2C) augmentent par 5 la probabilité de dépression chez MA

Patients déprimés avec MA ont une fonction sérotonnergique diminuée dans le cortex préfrontal dorso-latéral



Holmes et al. Am J Med Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics 2003;119:40-3. Ouchi J Nucl Med 2009;50:1260-6.

86

Dépression et démence (1)

Inhibiteurs sélectifs de la Recapture de la sérotonine (R3)

- Sertraline > placebo¹; = placebo^{2,3,4}
- Citalopram > placebo⁵
- Fluoxetine = placebo⁶

- Arrêt des SSRI;

Étude randomisée ISRS contre placebo (123 patients avec démence, après au moins 3 mois de tit du syndrome dépressif) non dépressifs augmentation significative de la symptomatologie dépressive⁷

1- Nyth AL et al. Acta Psych Scand. 1992;86:138-145/2. Magai C. The American Journal of Geriatric Psychiatry 2000;8:66-74 / 3- Rosenberg P et al. Am J geriatr Psychiatry. 1992;86:138-145/4. Ranjog S et al. Lancet. 2011;378:403-11 / 5- Lyketon CG. Arch Gen Psychiatry. 2003;60:737-746 / 6 - Petracca GM et al. Int Psychogeriatr. 2001;13:233-40 / 7 - Bugh S et al. BMJ 2012;344:e1568.

87

Dépression et démence (2)

IMAO (R4)

- Moclobémide: effet positif sur les symptômes dépressifs¹

Autres (NR)

- Mirtazipine = placebo²
- Venlafaxine = placebo³

AD tricycliques (NR)

1. Roth M. The British Journal of Psychiatry 1996; 168: 149-157/2. Banerjee S et al. Lancet. 2011; 378: 403-11 / 3. De Vaconcelos C et al. Dement Geriatr Cogn Disord 2007;24(1):36-41.

88

Agressivité / agitation et sérotonine

5-HIAA diminuée dans le LCR en cas de:

- suicide tenté > idées suicidaires
- criminels violents
- comportements impulsifs
(incendiaires, assassins, personnalité borderline)

Traitement: augmenter la sérotonine ISRS

Action peut-être supérieures en cas d'agressivité offensive (5-HT1AB; 5HT2) que défensive (seulement 5HT2).D tricycliques NR

IPA complete guide to PPSD 201

89

Agitation / « psychos » et démence

Les antidépresseurs ciblent d'autres symptômes / signes que la dépression (R5)

9 études comparent SSRI à placebo ou antipsychotiques

Sertraline et Citalopram associés une réduction légère mais significative de agitation / psychose

NB: population très hétérogène

Trazodone (25 à 50 mg) pour agitation, troubles du sommeil (IPA recommandée)

Scitz DP. Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review. International Psychogeriatrics 2017;25: 185-203.

90

J Prev Alzheimer Dis. 2015 Sep;2(3):184-188.

Progress in Treatment Development for Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's Disease: Focus on Agitation and Aggression. A Report from the EU/US/CTAD Task Force.

Soto M, Abushakra S, Cummings J, Siffert J, Robert P, Velas B, Lyketsos CG; Task Force Members

Abstract

The management of neuropsychiatric symptoms (NPS) such as agitation and aggression is a major priority in caring for people with Alzheimer's disease (AD). Agitation and aggression (AA) are among the most disruptive symptoms, and given their impact, they are increasingly an important target for development of effective treatments. Considerable progress has been made in the last years with a growing number of randomized controlled trials (RCTs) of drugs for NPS. The limited benefits reported in some RCTs may be accounted for by the absence of a biological link of the tested molecule to NPS and also by key methodological issues. In recent RCTs of AA, a great heterogeneity design was found. Designing trials for dementia populations with NPS presents many challenges, including identification of appropriate participants for such trials, engagement and compliance of patients and caregivers in the trials and the choice of optimal outcome measures to demonstrate treatment effectiveness. The EU/US/CTAD Task Force, an international collaboration of investigators from academia, industry, non-profit foundations, and regulatory agencies met in Philadelphia on November 19, 2014 to address some of these challenges. *Despite potential heterogeneity in clinical manifestations and neurobiology, agitation and aggression seems to be accepted as an entity for drug development.* The field appears to be reaching a consensus in using both agitation and aggression (or other NPS)-specific quantitative measures plus a global rating of change for agitation outcomes based on clinician judgment as the main outcomes.

Provisional IPA definition criteria of Agitation

1. The patient presents a cognitive impairment or dementia syndrome
2. The patient exhibits at least one of the following behaviors:
 - a. Excessive motor activity
 - b. Verbal aggression
 - c. Physical aggression
3. These behaviors are associated with observed or inferred evidence of emotional distress
4. The behavior has been sustained or persistent for a minimum of two weeks' duration
5. Behaviors are severe enough to produce excess disability
6. The agitation is not only attributable to another psychiatric disorder, medical condition, or the physiological effects of a substance

Adapted from Cummings et al., 2015(12); IPA: The International Psychogeriatric Association

Pimavanserin for patients with Parkinson's disease psychosis: a randomised, placebo-controlled phase 3 trial

Cummings J, Isaacson S, Mills R, Williams H, Chi-Burris K, Corbett A, Dhall R, Ballard C. Lancet 2014; 383; 533-40.



Agoniste inverse selectif des recepteurs des recepteurs 5 HT2A

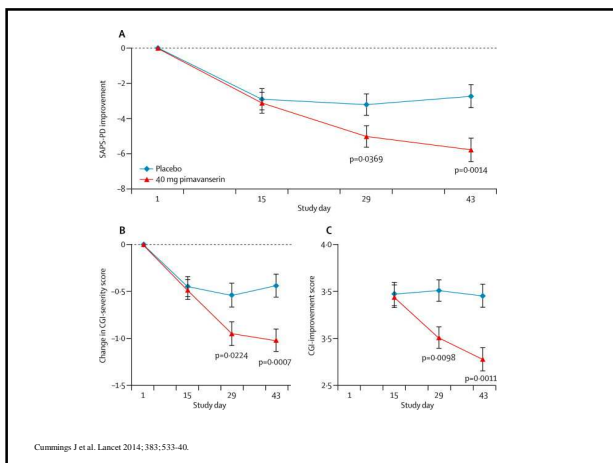
Etude randomisée double aveugle contre placebo, de patients présentant une maladie de parkinson idiopathique évoluant depuis au moins 1 an et présentant des symptômes psychotiques apparus après le diagnostic de MP et persistants depuis au moins 1 mois et survenant au moins une fois par semaine durant le mois précédent l'inclusion et suffisamment sévère pour justifier d'un traitement antipsychotique.

1 groupe reçoit 40 mg/j de pimavansérine (95)
1 groupe reçoit placebo (90)

critère évaluation primaire score SAPS-PD à J43 vs évaluation initiale/

groupe pimavansérine 37% d'amélioration vs 14% sous placebo p 0,0006
critères secondaire amélioration de la charge pour l'aidant et de la qualité du sommeil, amélioration de la vigilance diurne

10 patients (sur 95) ont arrêté le traitement dans le groupe pimavansérine vs 2 dans le groupe placebo.
Pas d'impact sur les symptômes moteurs



Double-blind, placebo-controlled trials of carbamazepine monotherapy in dementia.

Study	Study design	Diagnosis	n	Daily dose (mg)	Duration	Efficacy outcomes significantly improved with treatment over placebo	Efficacy outcomes not significantly improved with treatment over placebo	Jadad score
Olin et al., 2001	Double-blind, RCT	AD	21	Fixed 400	6wk	•Hostility: BPRS-hostility	•Global BPSD: BPRS •Global BPSD: CGI	3
Tariot et al., 1998	Double-blind, RCT	AD VaD Dementia, NOS	51	Mean 304	6wk	•Global BPSD: BPRS •Agitation: BPRS •Hostility: BPRS-hostility	•Aggression: OAS	3
Cooney et al., 1996	Double-blind, RCT	AD	6	Mean 600	8wk	•Aggression: RAGE		

Yeh YC, Ouyang WC. Kaohsiung J Med Sci. 2012;28:185-93.

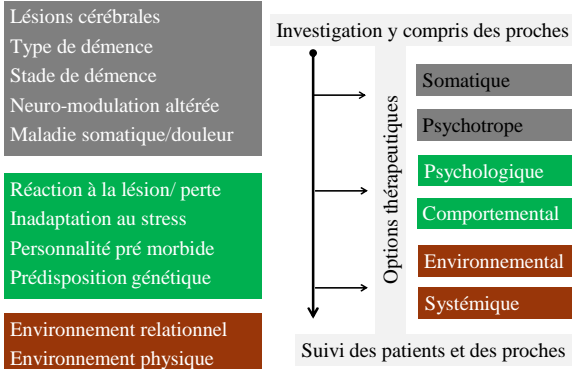
Randomized, double-blind, placebo-controlled trials of valproate monotherapy in dementia

Study	Diagnosis	n	Daily dose (mg)	Duration	Efficacy outcomes that significantly improved with treatment over placebo	Efficacy outcomes that did not significantly improve with treatment over placebo	Jadad score
Pearsteinson et al., 2001	AD VaD Dementia, NOS	56	Mean 826 (375-1375)	6wks	• Agitation: BPRS-agitation factor	• Agitation: CMAI • Aggression: OAS • Hostility: BPRS-hostility factor • Global BPSD: BPRS • Aggression: CMAI-aggressive behavior • Mania: BRMS	3
Tariot et al., 2001	AD VaD Dementia, NOS	172	Median 1000	6wks	• Agitation: CMAI	• Aggression: CMAI-aggressive behavior • Mania: BRMS • Aggression: SDAS-9 • Global BPSD: CGI	3
Sival et al., 2002	AD VaD	42	Fixed 480	3wks		• Global BPSD: BPRS • Agitation: CMAI • Global BPSD: CGI	4
Tariot et al., 2005	AD	153	Mean 800 (500-1000)	6wks		• Global BPSD: BPRS • Agitation: CMAI • Aggression: NPI	
Herrmann et al., 2007	AD	14	Mean 1135	6wks		• Agitation/aggression: NPI-agitation/aggression factor, CMAI	

Yeh YC, Ouyang WC. Kaohsiung J Med Sci. 2012;28:185-93.

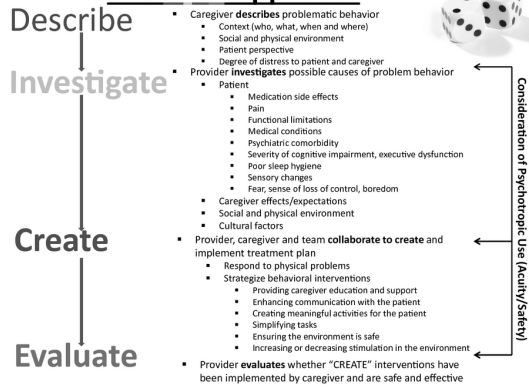
Conclusion

Etiopathogénie guide du traitement



Kales H. Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel JAGS. 2014; 62: 762-9. 98

The DICE Approach



Kales H. Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel JAGS. 2014; 62: 762-9.

Modèle thérapeutique étiopathogénique itératif

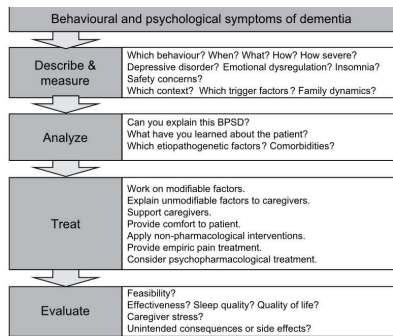


Table 0. et coll. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. Therapeutic Advances in Neurological Disorders. 2017; pp. 297-309.



Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées



Les troubles psychologiques et comportementaux

dans la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual



Mise en œuvre :
Société Française de Gériatrie et Gérontologie,
avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
