



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)

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

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

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
Délire	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

Deshinhibition, 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

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

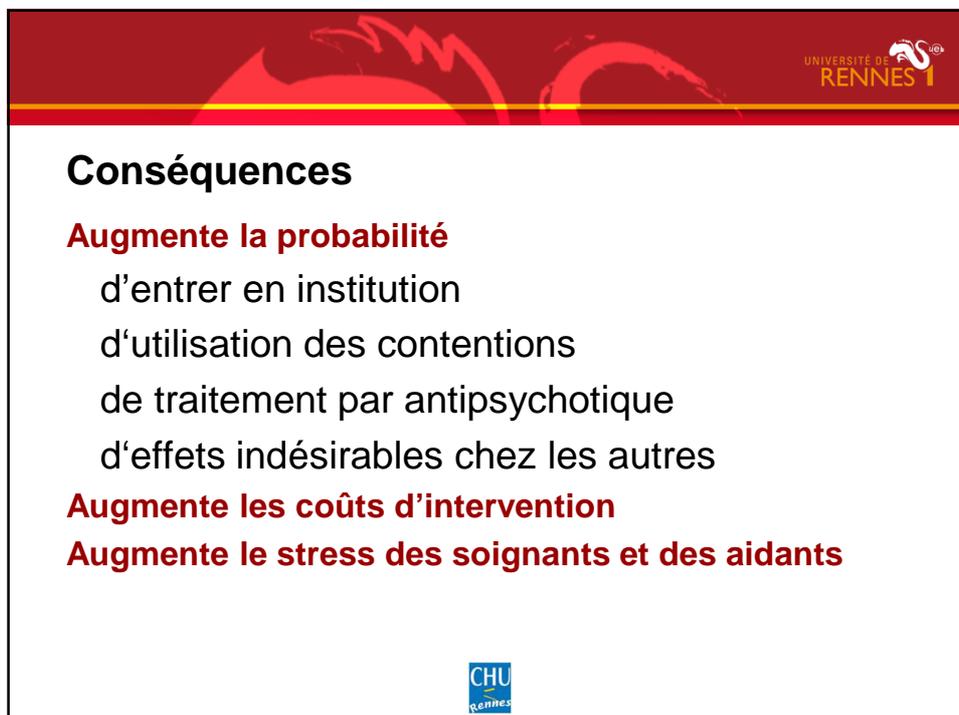
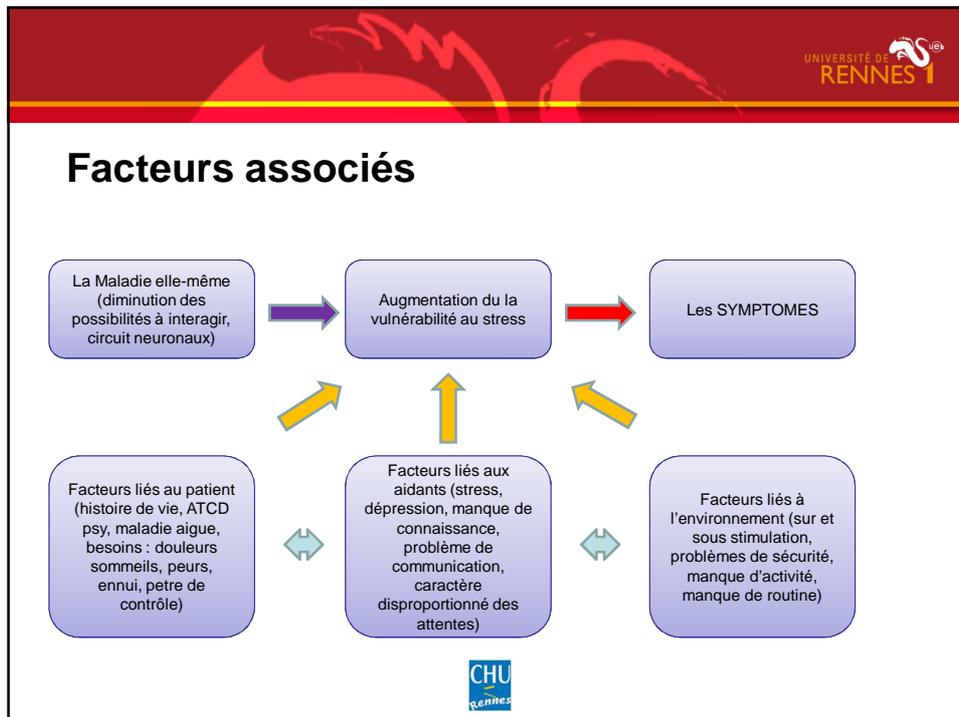
Modèles théoriques

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)



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 une 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?

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

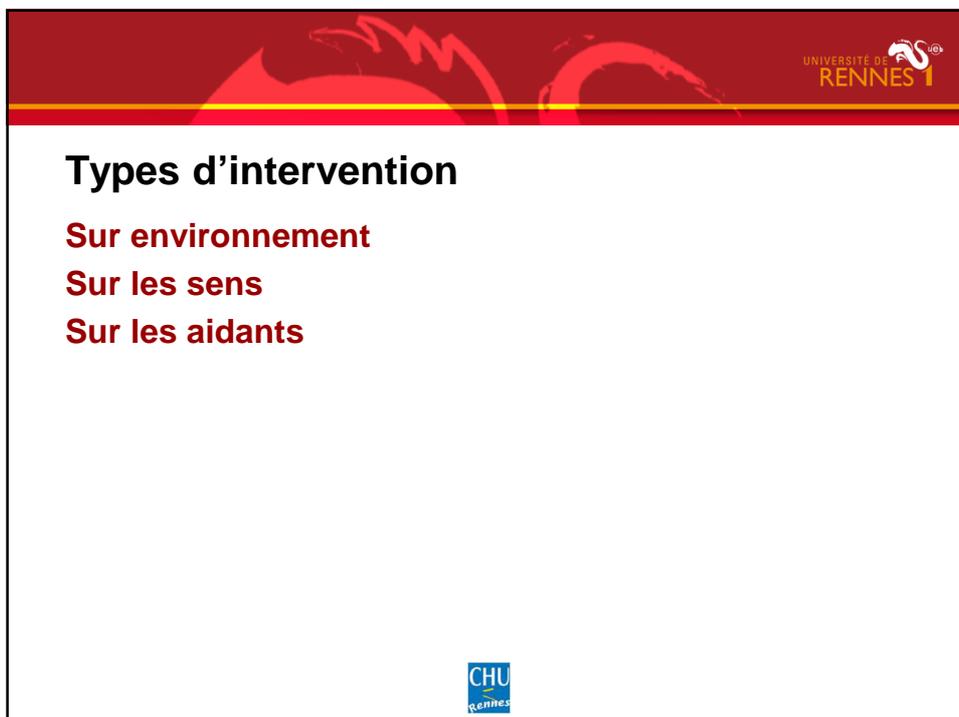
Douleur?
Isolement?
Dépression?

Trouble comportement agitation

Ennui/besoin d'activité-stimulation

Trouble comportement agressif

Eviter une situation inconfortable
Communication d'un besoin
Demande d'espace privé



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

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**

**Aucune indication pour les troubles du
comportement**

**Risque élevé d'effet secondaire (augmentation du
handicap et de la mortalité)**

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, lexiomil, 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 (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

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

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: tâches 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 »

Sortir de la performance