



# Troubles psycho- comportementaux dans les démences

# Les troubles psycho-comportementaux ( SCPCD)

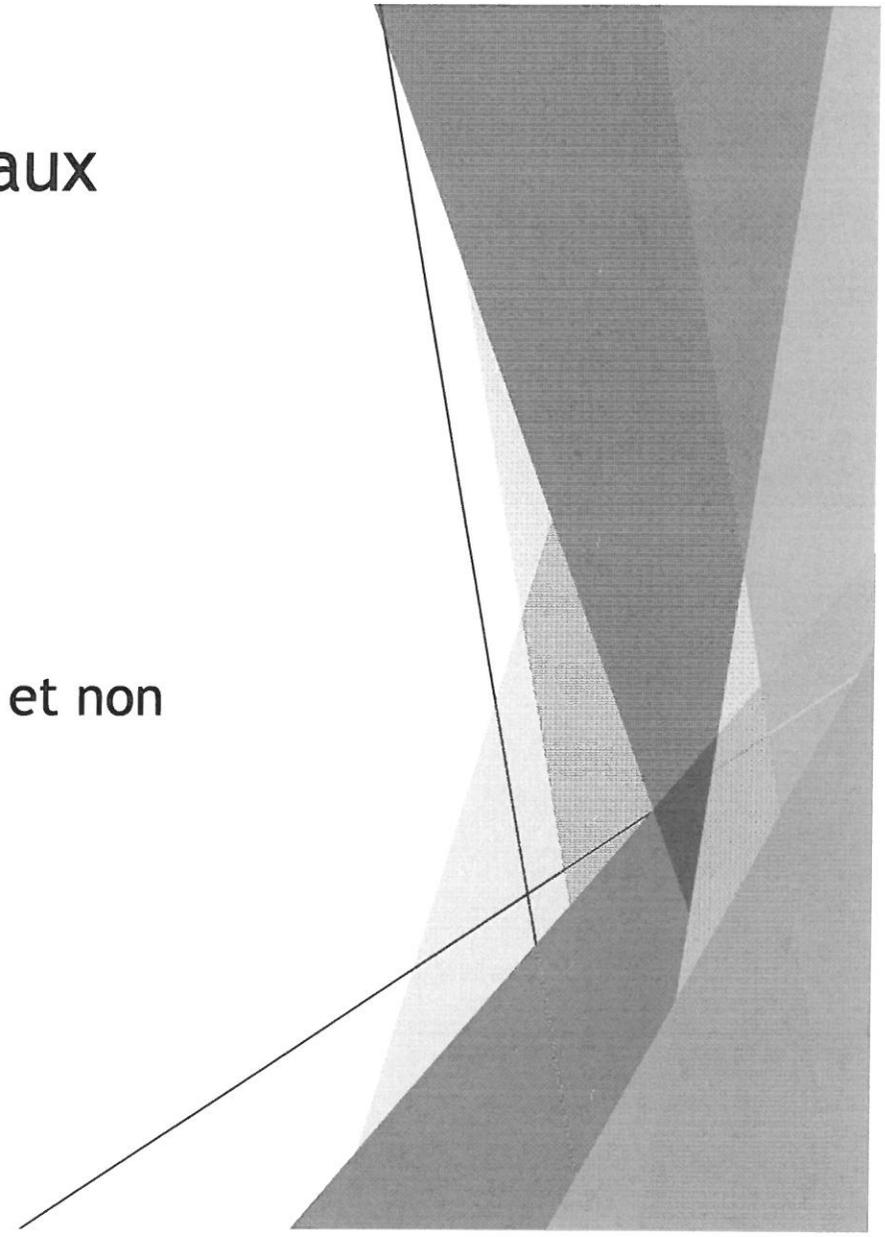
SCPCD : définitions

Fréquence, étiologies , classification

Evaluation

Modalités de prise en charge pharmacologiques et non  
pharmacologiques

Conclusion



# Des Difficultés

De nombreux symptômes .

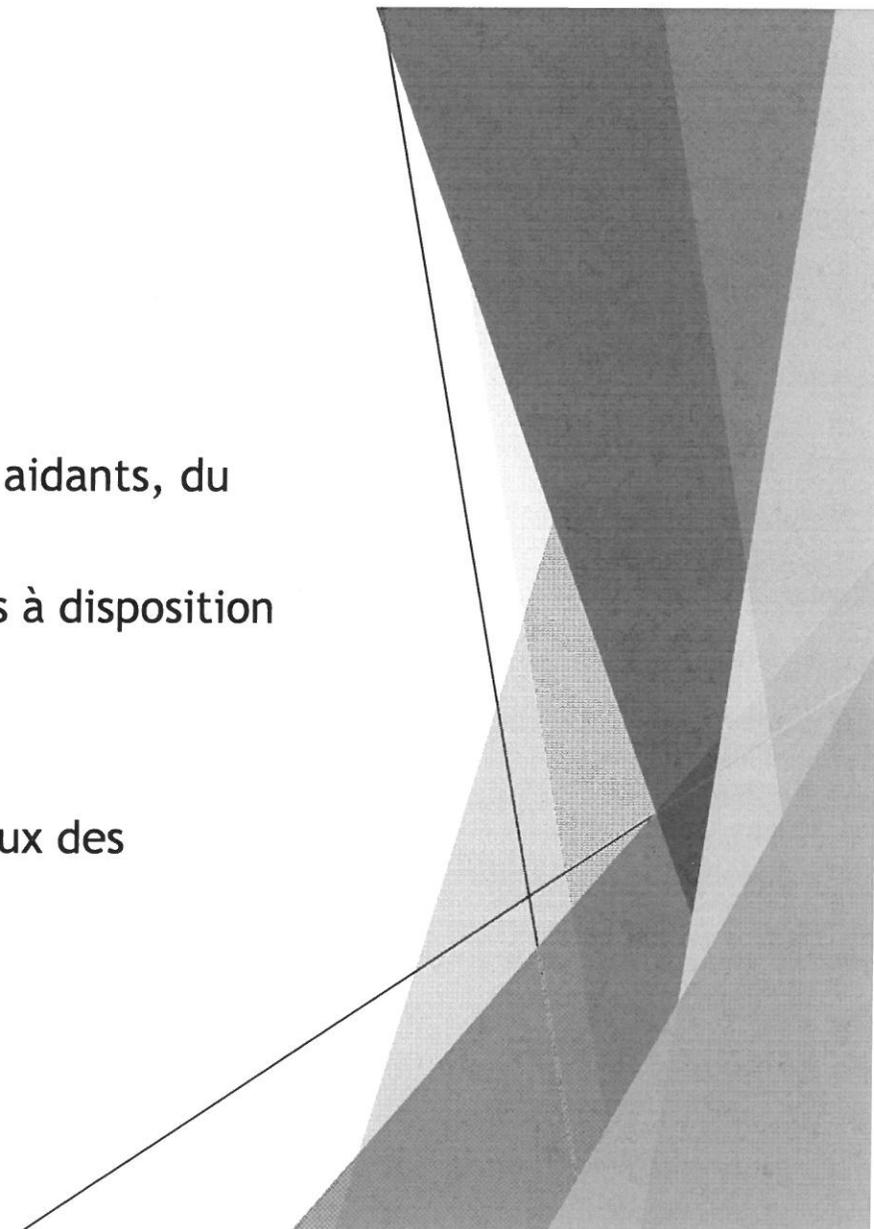
De nombreuses significations.

De nombreuses situations en fonction du lieu de vie, des aidants, du stade de la maladie.

Sur le plan médicamenteux : peu de classes de molécules à disposition

Différents aspects pour la prise en charge:

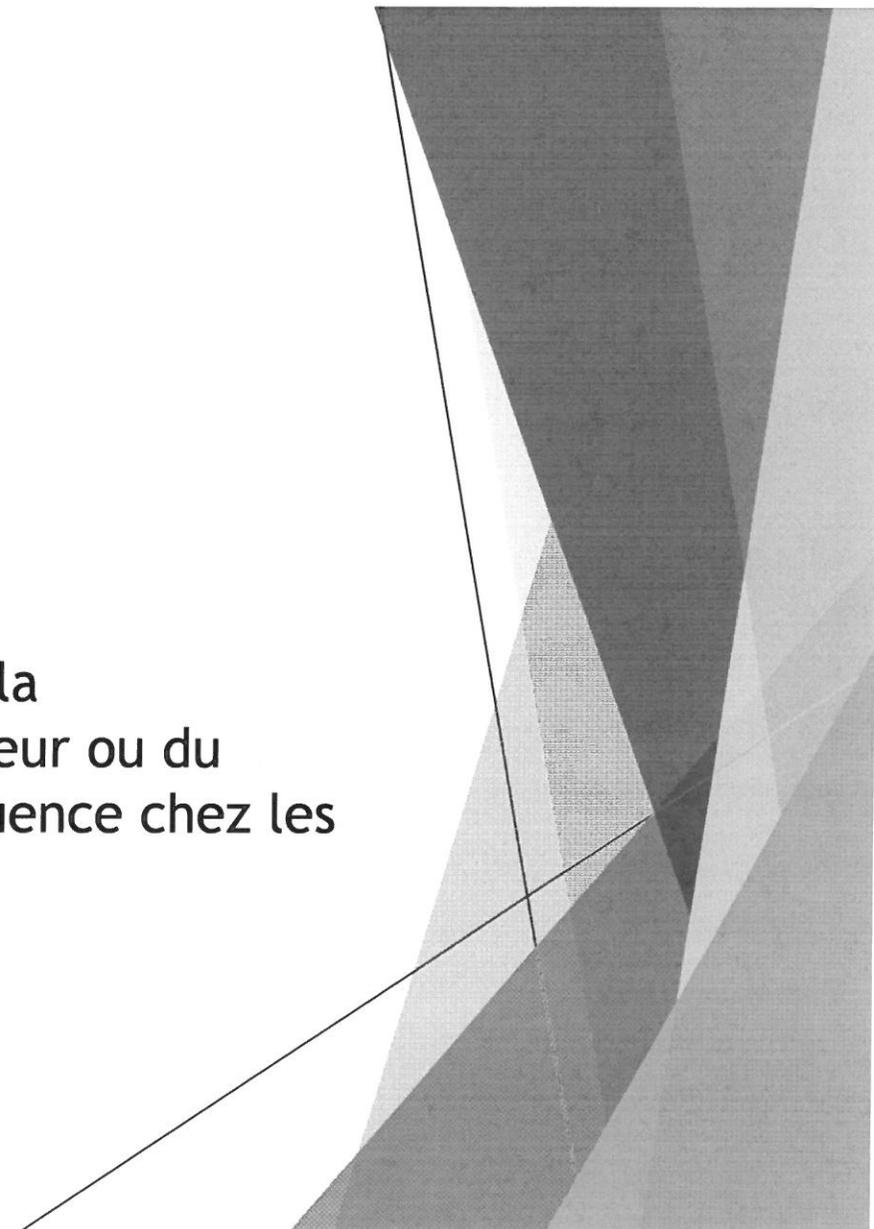
- La prévention,
- Les traitements non médicamenteux et médicamenteux des symptômes
- Les troubles dits » perturbants »



# Définition

Ont été définis comme:

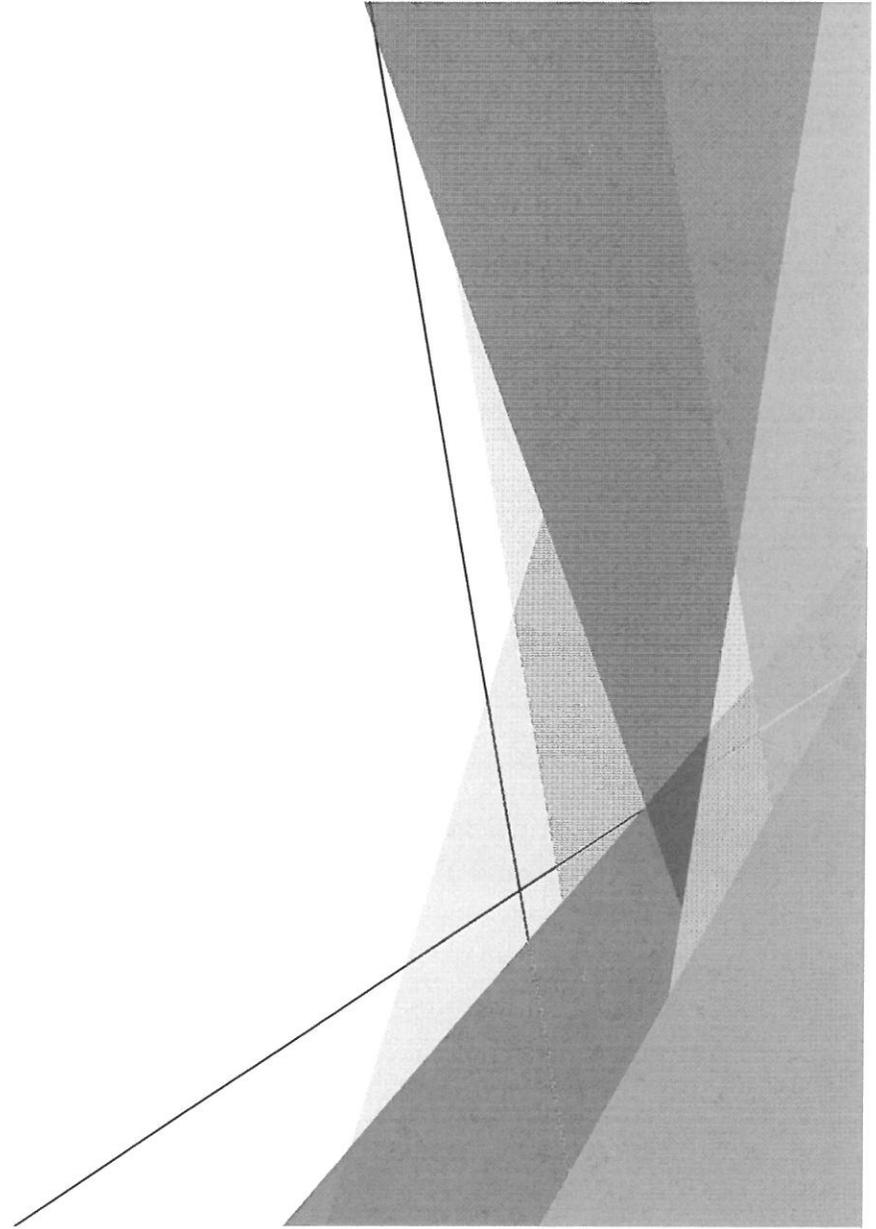
» les signes et les symptômes des troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement, observés avec une grande fréquence chez les patients déments «



# Définition

Composante et non conséquence de la maladie

Traduisant un dysfonctionnement neurologique





*De nombreux  
Symptômes ....*

# Symptômes psychologiques et comportementaux de la maladie d'Alzheimer

## ● Troubles comportementaux

- Troubles du comportement moteur
  - Agitation
  - Comportement agressif
  - Fugue
  - Comportements stéréotypés
  - Divagations
- Troubles des conduites élémentaires
  - Troubles du comportement alimentaire
  - Troubles du comportement sexuel
  - Troubles du rythme veille-sommeil

## ● Troubles psychiatriques

- Troubles de l'humeur
  - Symptômes dépressifs
  - Troubles anxieux
- Modifications de la personnalité
  - Indifférence affective
  - Désintérêt, démotivation
  - Anhédonie
- Troubles psychotiques
  - Idées délirantes
  - Hallucinations
  - Paranoïa

# Classification des troubles psycho comportementaux

D'après PANCRAZI MP (6)

Aspect déficitaire	Aspect productif
<ul style="list-style-type: none"><li>. Apathie</li><li>. Bradykinésie</li><li>. Régression</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>. Hyperactivité simple</li><li>. Agitation</li><li>. Déambulation</li><li>. Fugues</li><li>. Troubles des conduites instinctuelles</li><li>. Troubles psychotiques</li><li>. Stéréotypies</li></ul>
↓	↓
Caractère déficitaire	Caractère productif
↓	↓
Hypoactivité motrice	Hyperactivité motrice

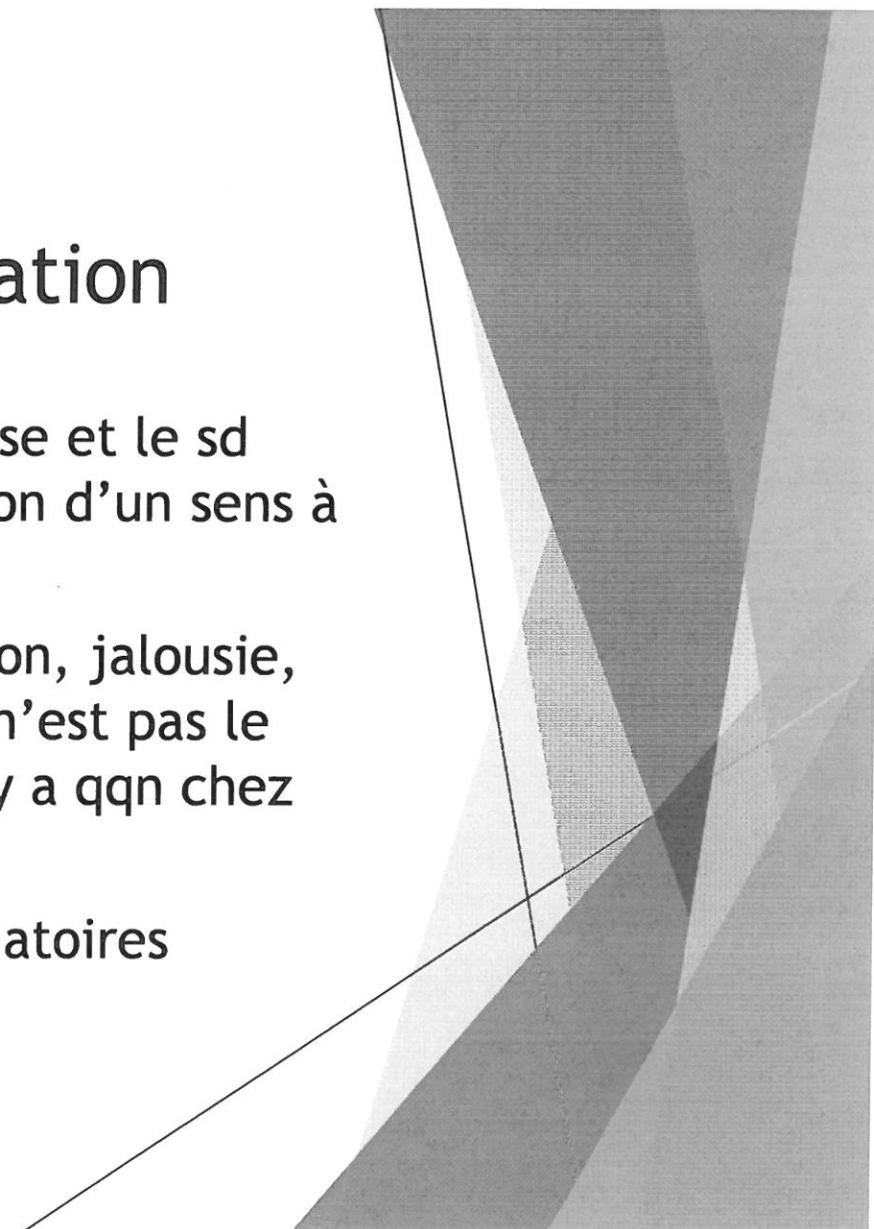
# SCPD dans les démences

## Délire et troubles de l'identification

Valeur adaptative de protection contre l'angoisse et le sd dépressif, de remplissage d'un vide et restitution d'un sens à l'existence.

A thème de préjudice et d'intrusion ( persécution, jalousie, hypocondrie): « on me vole », »mon conjoint n'est pas le mien », « mon domicile n'est pas le mien » »il y a qqn chez moi »

Mécanismes interprétatifs, imaginatifs, hallucinatoires auditifs ou visuels



# SCPD dans les démences

## Délire et troubles de l'identification

Certains délires sont sous tendus par un trouble de la perception visuelle pouvant conduire à de fausses reconnaissances.

Burns et al. les classent en 4 types:

- **Le phénomène du fantôme:** c'est la conviction erronée de la présence passée ,présente ou future d'une personne éventuellement décédée . Il ne s'agit pas d'une hallucination, car le patient n'a pas de perception directe de cette présence.
- **Le trouble de la reconnaissance de sa propre image dans son miroir .**

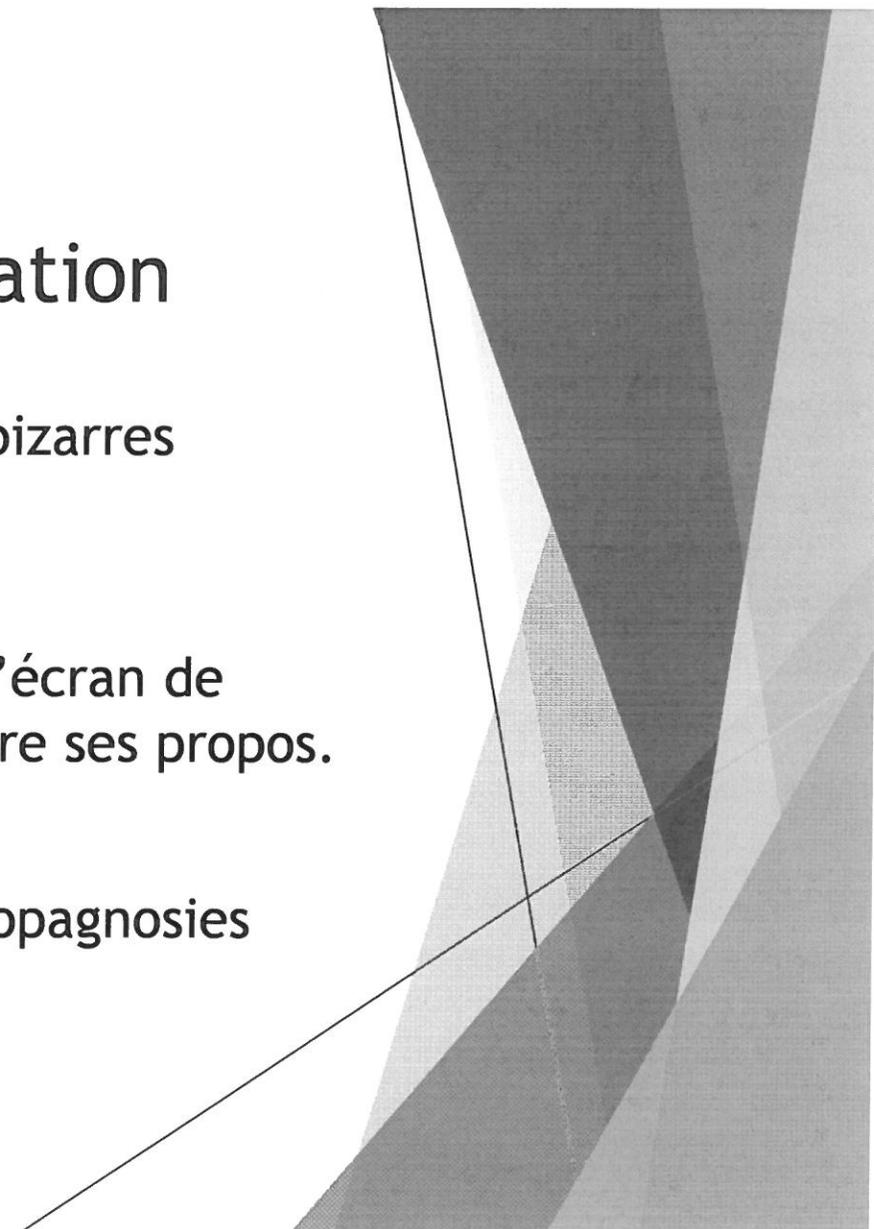
# SCPD dans les démences

## Délire et troubles de l'identification

**Syndrome d'identification erronée:** des gens bizarres vivent dans la maison.

La conviction que les personnes observées sur l'écran de télévision sont dans la pièce et peuvent entendre ses propos.

Ces troubles entrent dans la catégorie des prosopagnosies



# SCPD dans les démences

## Délire et troubles de l'identification

Existence de phénomènes délirants plus complexes ne relevant pas seulement de troubles de l'identification d'origine perceptive mais plutôt d'idées délirantes ;

Par exemple le SYNDROME DE CAPGRAS :

☞ négation délirante de l'identité d'une personne connue, physiquement identique mais psychiquement différente ( *illusion du sosie* )

# SCPD dans les démences

## Hallucinations

Expériences sensorielles sans perception.

Par ordre de fréquence:

- ☞ auditives :bruits, paroles, significatives.
- ☞ cénesthésiques , passent souvent inaperçues , difficiles à distinguer des plaintes somatiques
- ☞ olfactives, très caractéristiques de la PA et interprétées de manière maléfique, persécutrice.
- ☞ visuelles, rares ( penser à une atteinte de la fct° visuelles)

# SCPD dans les démences

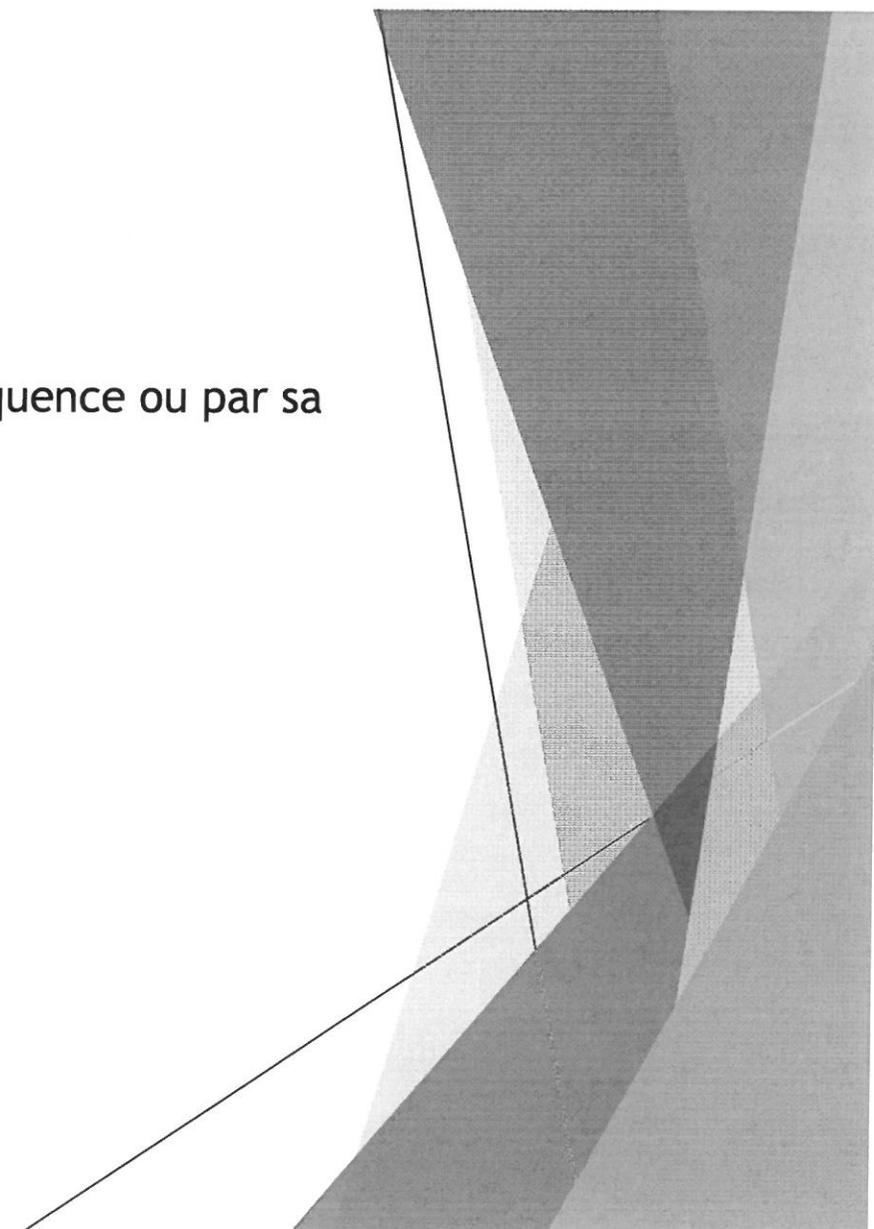
## Agitation

Activité verbale, vocale ou motrice inappropriée par sa fréquence ou par sa survenue inadaptée au contexte social.

Agitation motrice, agressivité, colère , opposition , cris.

***Impose d'abord une double recherche urgente :***

- ELIMINER UNE CAUSE ORGANIQUE
- ELIMINER UNE CAUSE MEDICAMENTEUSE.

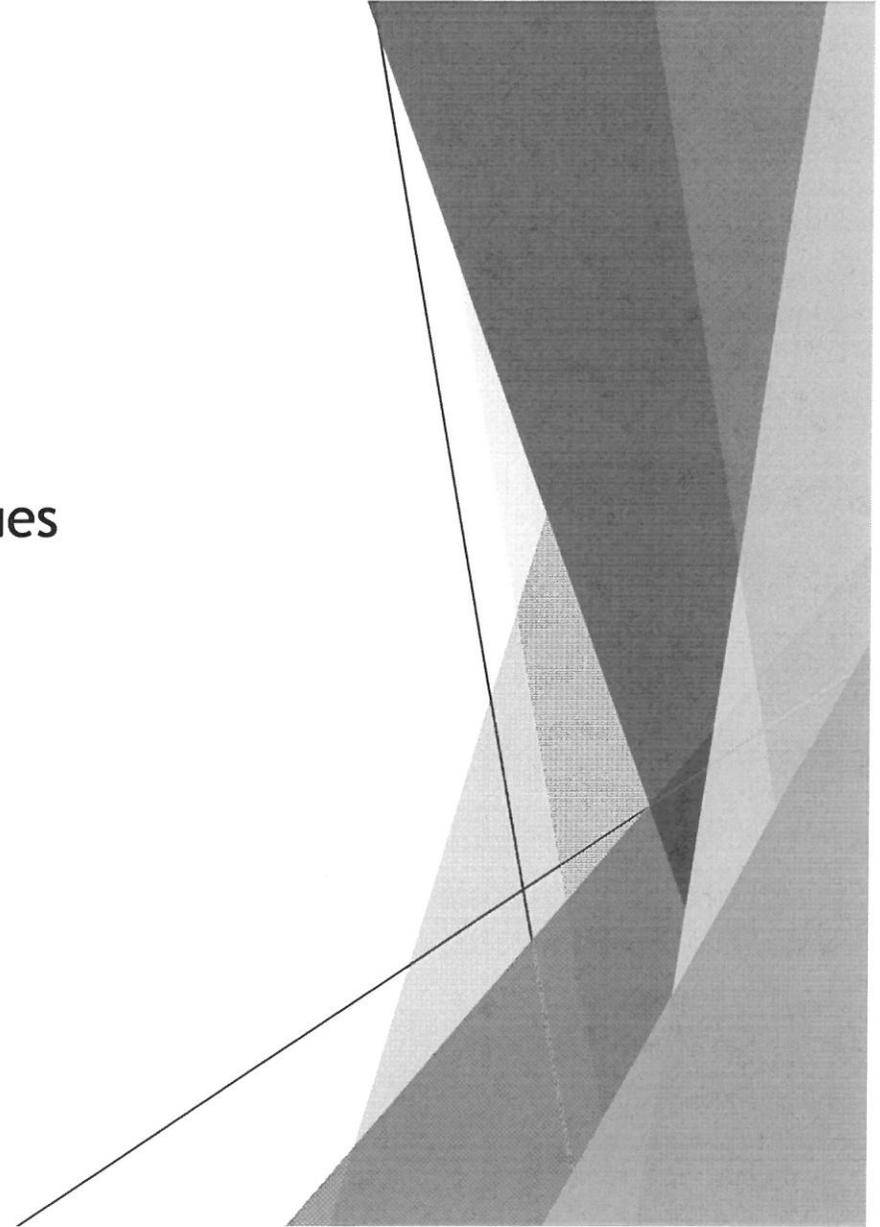


# SCPD dans les démences

## Agitation

Devant tout état d'agitation , rechercher:

- une déshydratation, des troubles électrolytiques
- un globe vésical, un fécalome,
- **un syndrome douloureux( +++++)**,
- un syndrome fébrile ( ++++),
- une hypoglycémie,
- introduction d'un nouveau traitement.



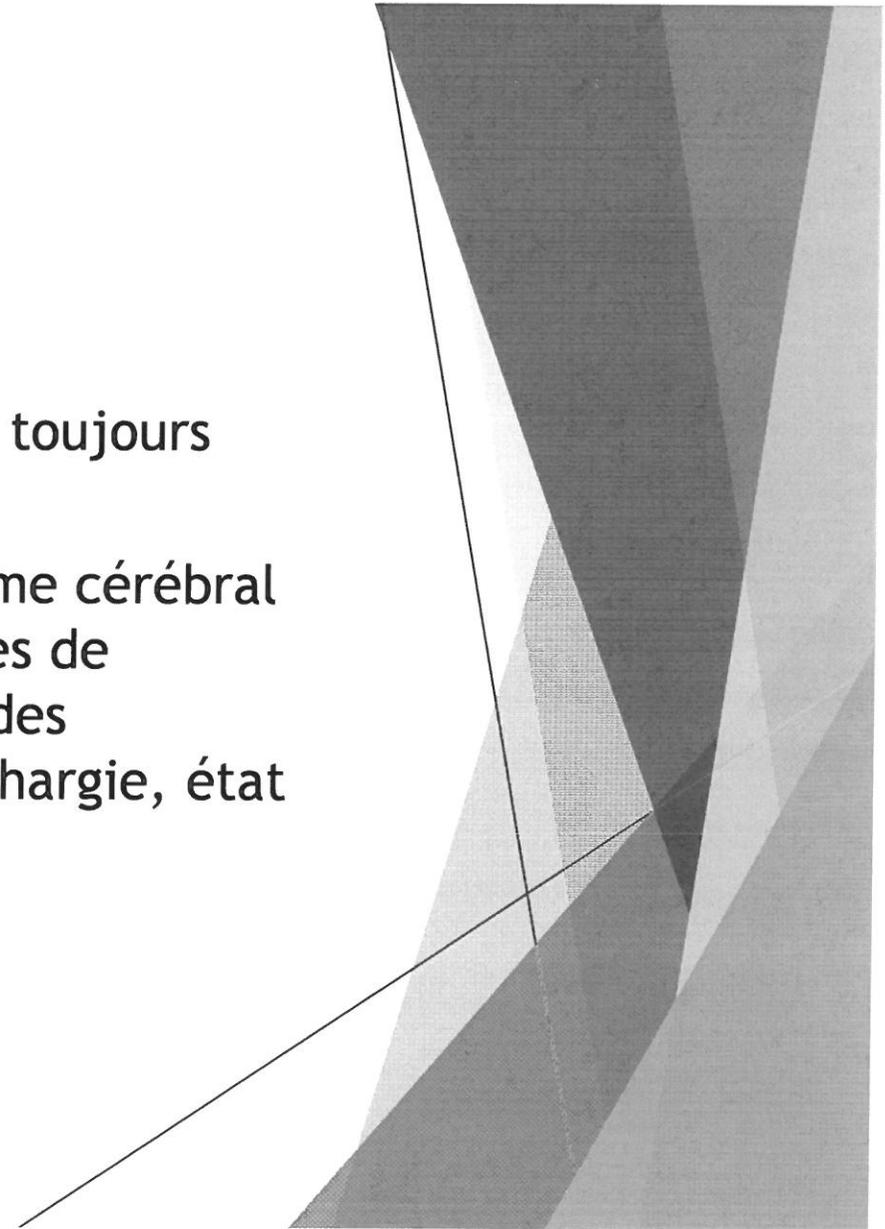
# SCPD dans les démences

## Agitation

Devant un état d'agitation de survenue brutale toujours penser au **syndrome confusionnel** .

Syndrome confusionnel correspond à un syndrome cérébral organique de début brutal associant des troubles de l'attention, une désorganisation de la pensée, des altérations de la vigilance ( hyper vigilance, léthargie, état stuporeux voire comateux )

Parmi les facteurs prédisposant : la démence



## SCPD dans les démences

### Instabilité motrice ou comportements moteurs aberrants

Plusieurs types peuvent être distingués :

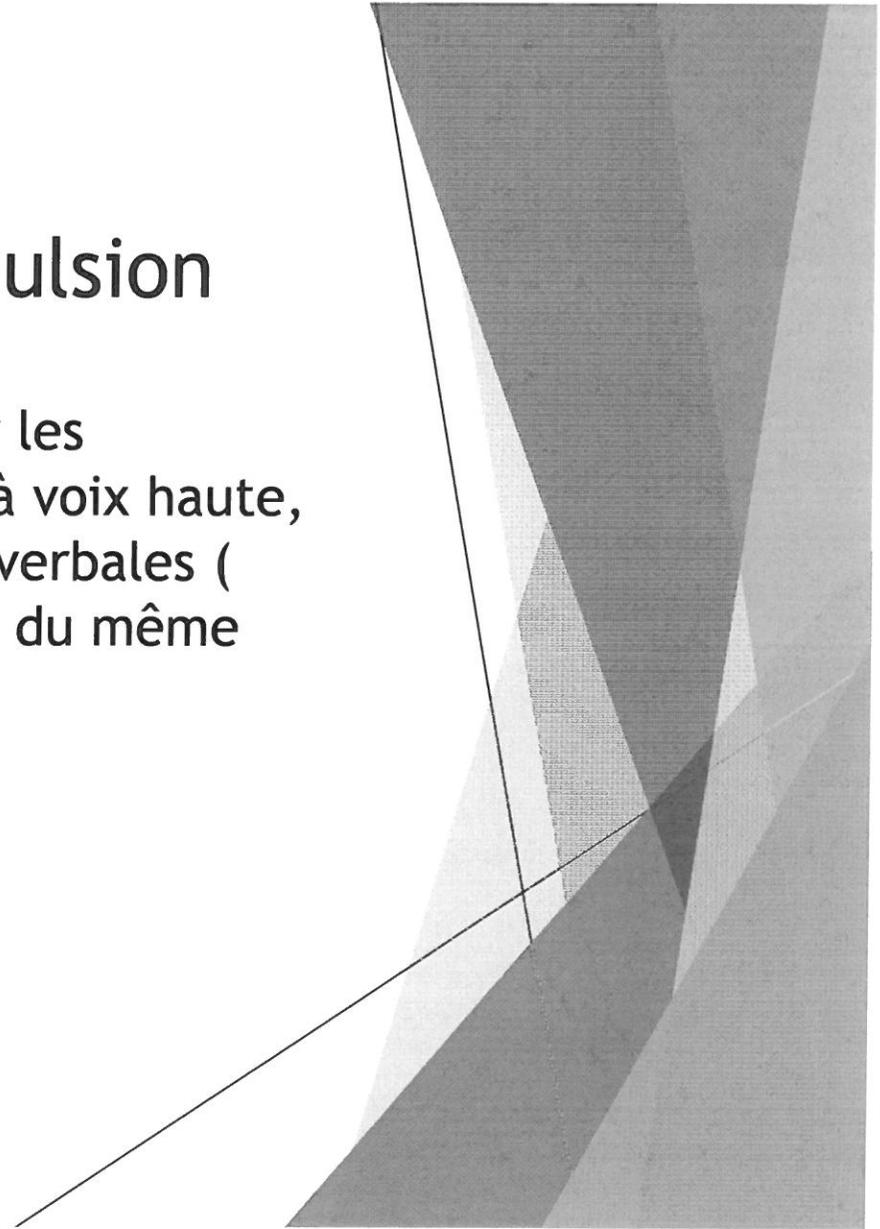
- La déambulation , terme utilisé pour décrire un comportement inadapté d'exploration.
- La tasikinésie , qui est l'incapacité de rester assis ou allongé.

*Le syndrome de Godot*, manifestation anxieuse qui consiste à suivre l'aidant principal dans tous ses déplacements .

# SCPD dans les démences

## Instabilité émotionnelle / compulsions

Certaines manifestations peuvent faire évoquer les mécanismes compulsifs comme des comptages à voix haute, des répétitions gestuelles ( frottements, ...) ou verbales ( répétition incessante de la même question ou du même refrain )



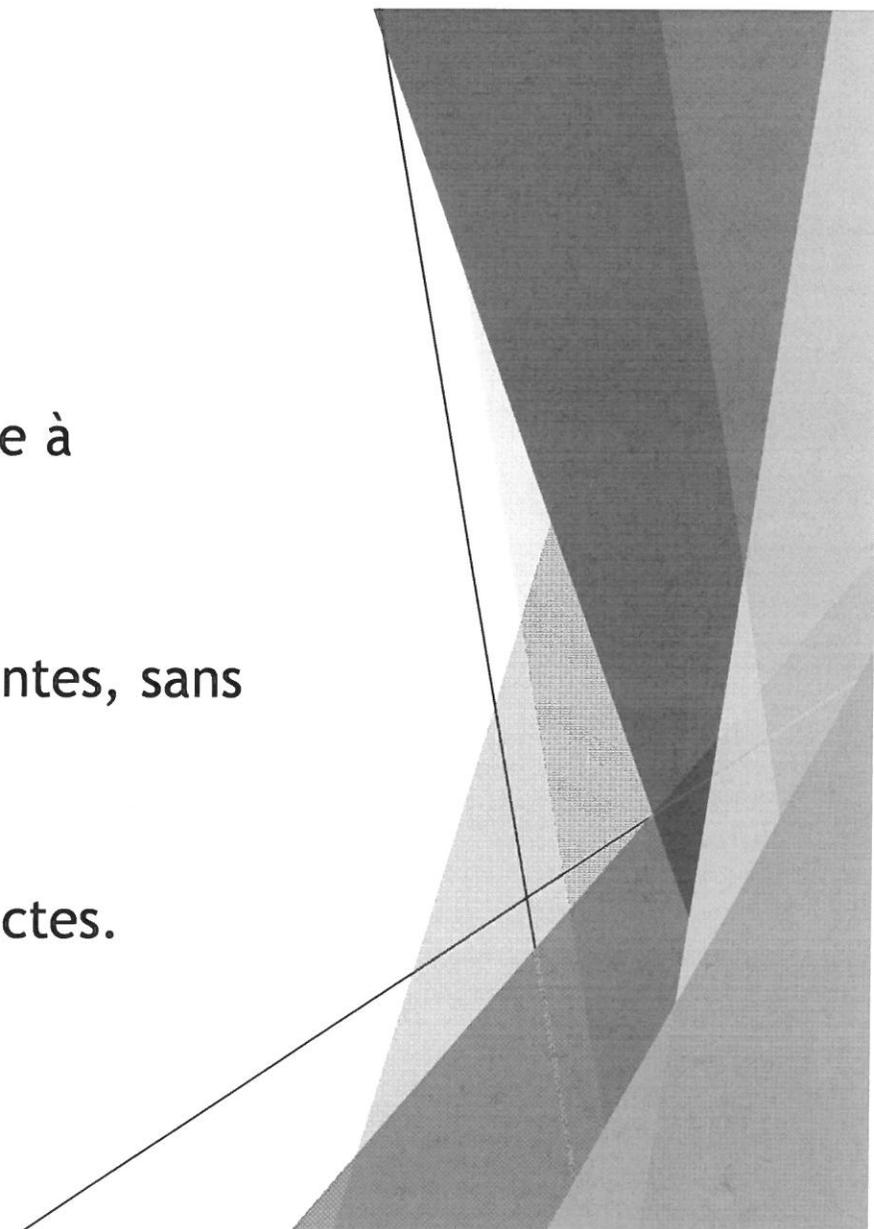
# SCPD dans les démences

## Désinhibition

S'exprime par une conduite sociale inappropriée à expression verbale ou comportementale.

Paroles, actions incontrôlées, grossières, blessantes, sans réflexion préalable, à thème sexuel fréquent .

Brutal? Evaluer la dangerosité et contrôler les actes.



# SCPD dans les démences

## APATHIE +++

Elle est définie par Marin et al. Comme:

- Un manque de motivation qui ne peut être attribué à un trouble de la conscience, à un déficit intellectuel ou à un choc émotionnel.

Elle a trois composantes :

- une diminution de l'initiation motrice,
- une diminution de l'initiation cognitive,
- une diminution du ressenti affectif (émoussement affectif+)

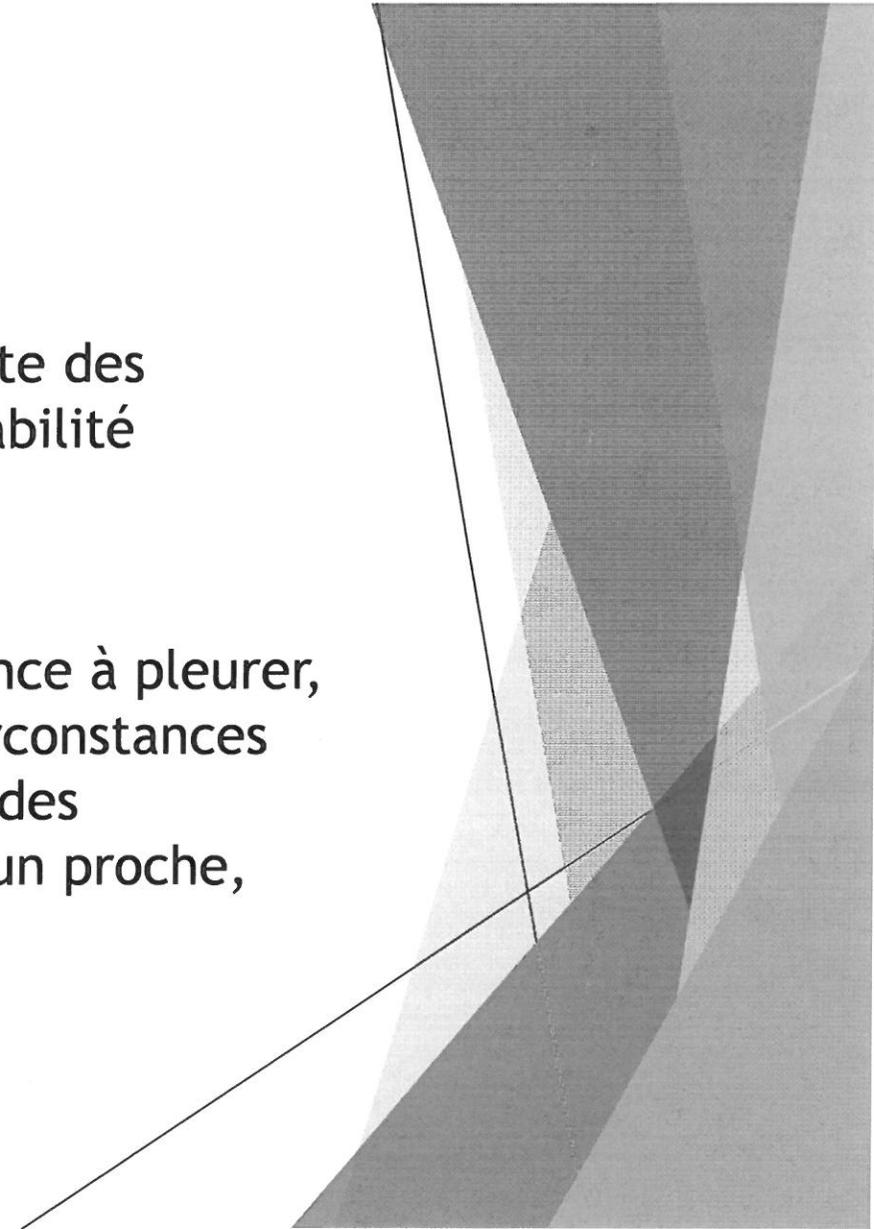
Apathie ≠ syndrome dépressif

***Ne pas méconnaître ce trouble silencieux peu dérangent !!!***

## SCPD dans les démences Euphorie / Hyperémotive

Euphorie constante et injustifiée , indépendante des événements de la vie, on parle également de labilité émotionnelle .

Hyperémotivité définit comme une forte tendance à pleurer, plus fréquemment, plus facilement dans des circonstances précipitantes comme des pensées attristantes, des expressions de sympathie, arrivée ou départ d'un proche, l'incapacité des réaliser une tâche, ....



# SCPD dans les démences

## Manifestations dépressives

Trouble de l'humeur associant trois groupes de symptômes:

- humeur dépressive,
- ralentissement psychomoteur,
- signes associés : anxiété, irritabilité, insomnie, refus alimentaire, refus de soins, refus de participer.

# SCPD dans les démences

## Manifestations dépressives

La tristesse de l'humeur peut s'observer à différents stades de la démence .

Seraient réactionnelles à la conscience de la perte cognitive au début de la maladie ( Cassard et al.2001) .

Avec l'évolution de la maladie, elle serait l'expression d'un dysfonctionnement neurobiologique ( facteurs neurodégénératifs).

D'apparition brutale ➡ rechercher les idées suicidaires

Ne pas méconnaître les équivalents suicidaires ( refus alimentaires , de soins , de s'habiller , de se laver , ...)

# SCPD dans les démences

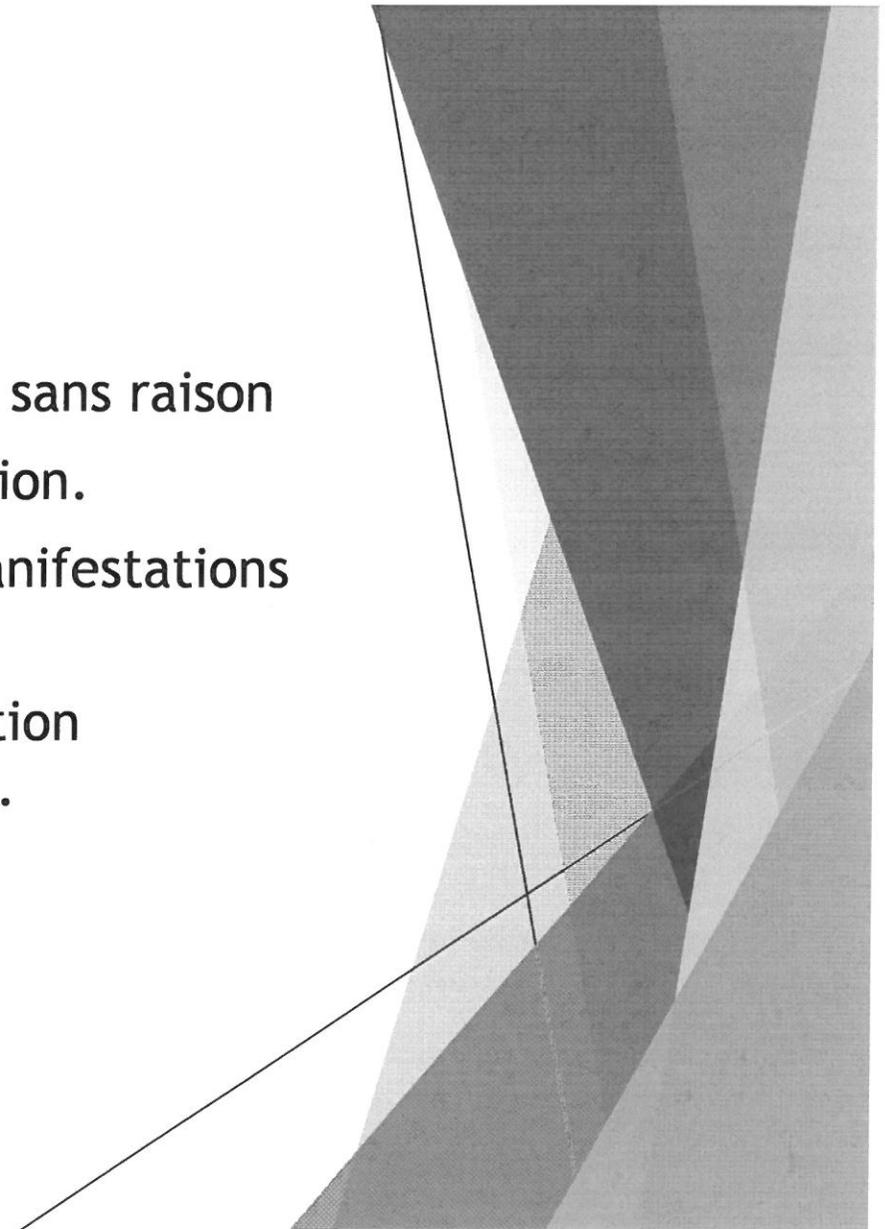
## Anxiété

Signes psychiques : nervosité, inquiétude, peur sans raison

Signes physiques : tension, agitation, somatisation.

Peut être liée au syndrome dépressif , à des manifestations psychotiques anxiogènes .

Respecter l'anxiété chronique normale de fonction adaptative face à la maladie et aux incapacités.



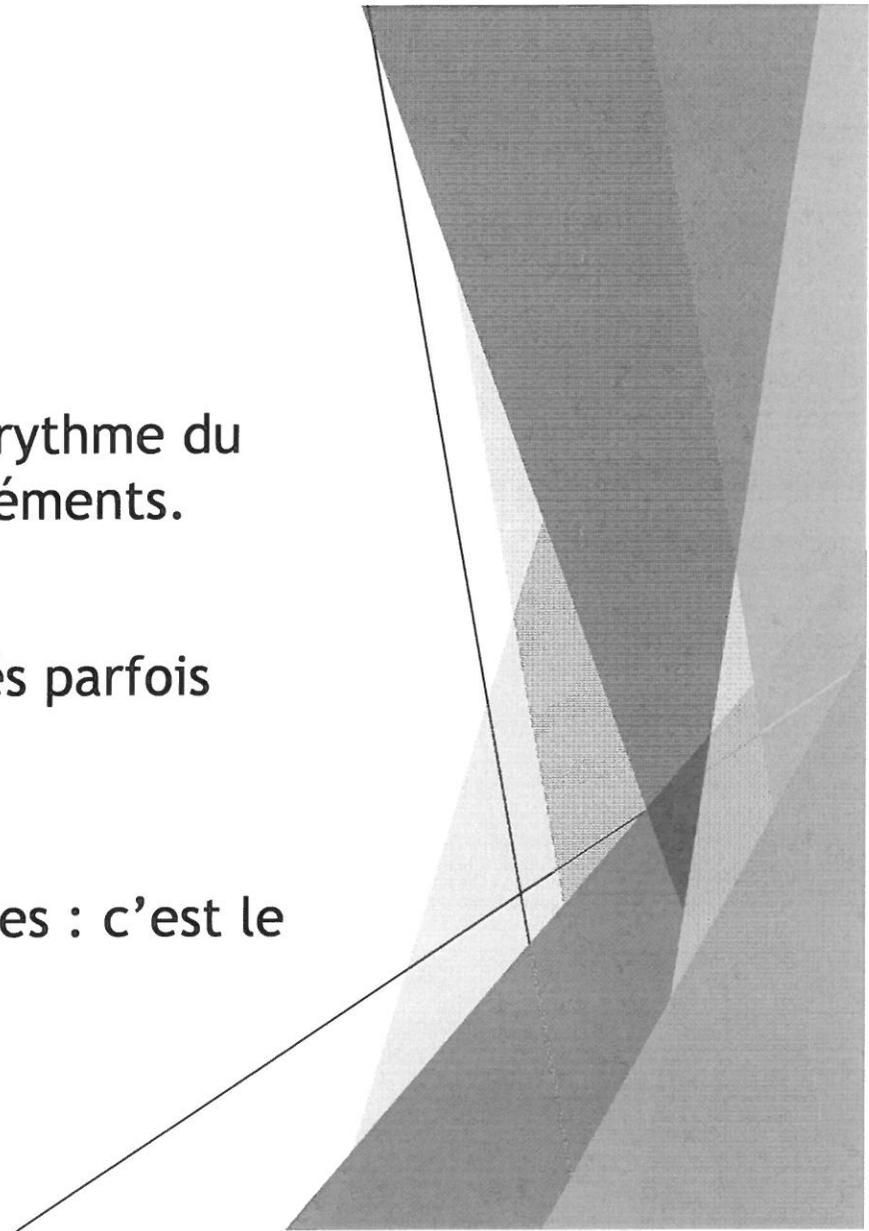
# SCPD dans les démences

## Troubles du sommeil

Insomnie, hypersomnie , une fragmentation du rythme du sommeil peut être observée chez les patients déments.

Des états d'hyperactivités peuvent être observés parfois seulement à des horaires précis.

L'agitation survient fréquemment après 16 heures : c'est le phénomène du « sundowning »



# SCPD dans les démences

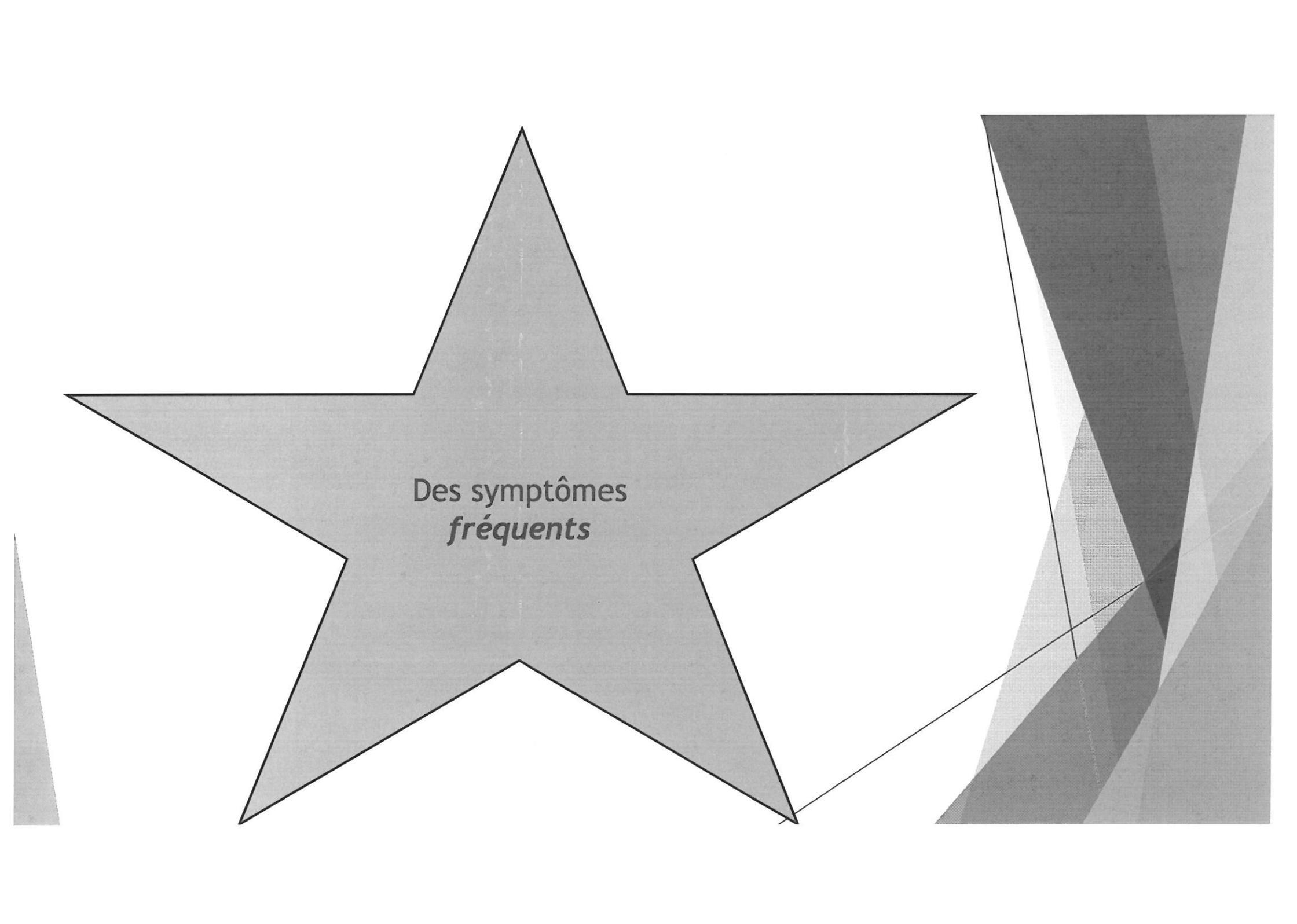
## Troubles des conduites alimentaires

Perte ou augmentation ( hyperphagie), ingestion de quantité excessive d'aliment (aboulie ) sont fréquentes

Elles se distinguent de l'hyperoralité , où le patient porte à sa bouche des objets non comestibles.

Risque majeur lors de la diminution des ingestas quotidiens  
☞ la dénutrition .

En cas d'anorexie ☞ traiter les causes organiques :  
masticatoires, dentaires, mycoses , sècheresse buccale  
☞ éliminer un syndrome dépressif



Des symptômes  
*fréquents*

# Fréquence

Fréquents : 100 % des patients aux stades modérés à sévères  
Souvent présents avant établissement du diagnostic= signaux d'alerte

Les plus précoces: dépression, anxiété, apathie, désintérêt, repli sur soi

Sévères chez 1/3 des patients

Accélération du déclin cognitif, de la perte d'autonomie

Modification de la qualité de vie

Source de mortalité

Source de iatrogénie

## Des symptômes psychologiques et comportementaux présents à tous les stades de la maladie

<i>Symptômes</i>	<i>MMSE 30-21</i>	<i>[20-11]</i>	<i>[10-0]</i>	<i>total</i>
<i>%</i>	<i>n = 17</i>	<i>n = 20</i>	<i>n = 13</i>	<i>n = 50</i>
Idées délirantes	12	25	31	22
Hallucinations	12	15	8	10
Agitation	47	55	85	60
Dépression/dysphorie	12	45	62	38
Anxiété	24	65	54	48
Euphorie	18	0	8	8
Apathie	47	80	92	72
Impulsivité	35	40	31	36
Irritabilité	35	40	54	42
Comp. mot. Aberrant	12	30	84	38

# Fréquence des SCPD (Etudes européennes)

✓ Une prédominance de l'apathie et de la dépression

Études	MAA SB ED Verhey et coll., 2003	Real-FR Benoit et coll., 2003	Real-FR Benoit et coll., 2005	EADC Byrne, 2003	Total
	MMSE* 15-28 n=199 (%)	MMSE 11-20 n=235 (%)	MMSE 21-26 n=244 (%)	MMSE 4-28 n=138 (%)	N=836 (%)
Apathie	59,3	63,5	47,9	48,9	55,5
Dépression	57,3	42,7	36,9	45,3	44,9
Anxiété	39,2	46,3	44,3	33,8	42,0
Agitation	28,6	44,3	32,8	30,9	35,0
Irritabilité	39,7	25,0	28,3	31,7	30,6
Comportement moteur aberrant	34,7	29,8	14,7	18,7	24,7
Délire	34,7	24,7	10,2	19,4	22,0
Appétit	24,6	24,3	20,5	12,9	21,4
Sommeil	18,1	12,9	13,5	12,9	14,3
Désinhibition	12,6	13,3	10,2	14,4	12,4
Hallucinations	13,1	7,8	5,7	7,9	8,5
Euphorie	7,0	9,8	4,5	5,0	6,8

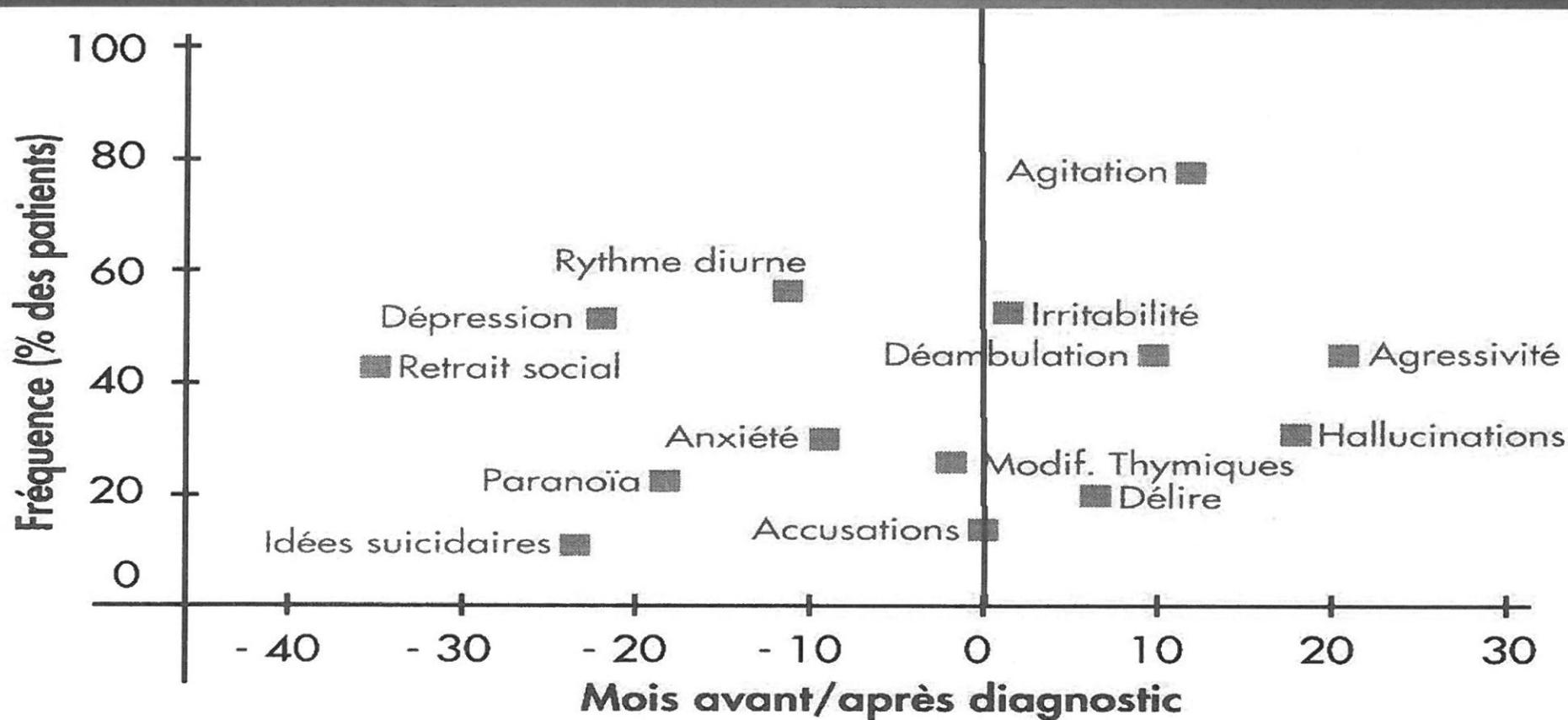
\* MMSE : Mini Mental State Examination score

## Classification des symptômes psychologiques et comportementaux des démences selon leur gravité

Tableau 1. SCPD

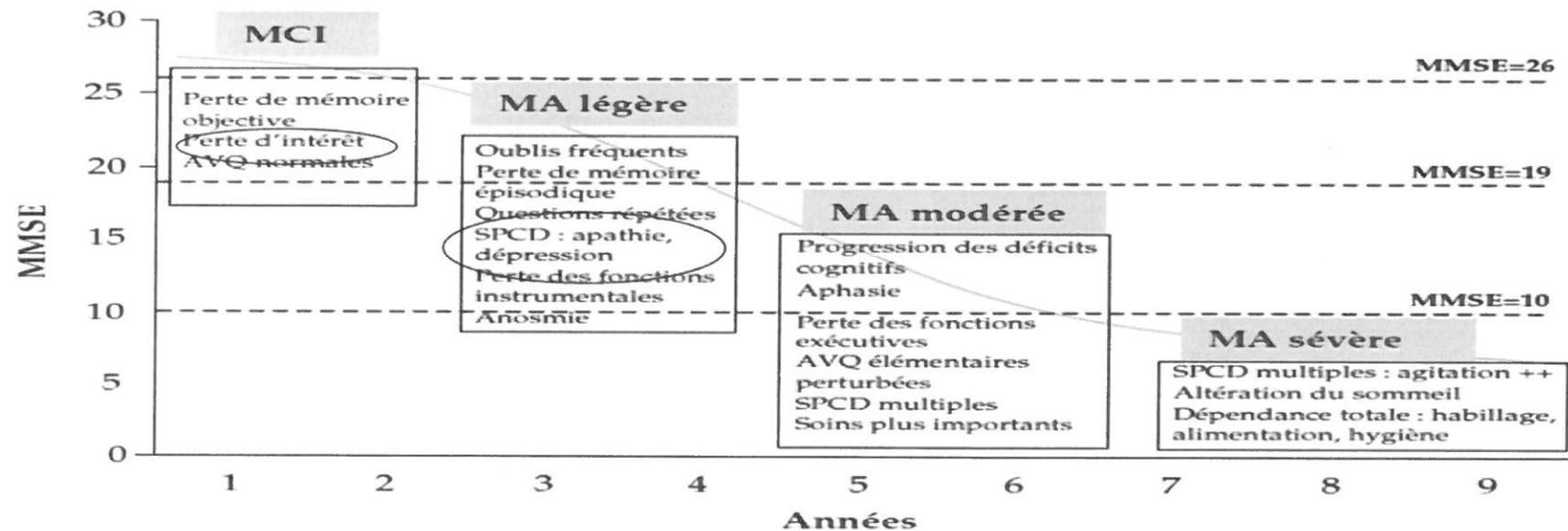
Groupe I (les plus fréquents/ les plus éprouvants)	Groupe II (relativement fréquents/ relativement éprouvants)	Groupe III (moins fréquents/ prise en charge possible)
<b>Psychologiques</b> Délires Hallucinations Humeur dépressive Insomnie Anxiété	<b>Psychologiques</b> Troubles de l'identification  <b>Comportementaux</b> Agitation Comportement contraire aux convenances et désinhibition	<b>Comportementaux</b> Pleurs Jurons Questions répétitives Poursuite incessante d'un proche Manque d'entrain
<b>Comportementaux</b> Agression physique Errance Impatience	Cris Allées et venues	

# Apparition des troubles psychologiques et comportementaux dans la MA



Fréquence des symptômes en fonction de l'évolution de la maladie

# Apparition des SCPD au cours de la maladie



**Figure 11.1 : Progression des symptômes de la maladie d'Alzheimer (d'après Feldman et Woodward, 2005)**

MMSE : Mini Mental State Examination ; MCI : Mild Cognitive Impairment ; MA : Maladie d'Alzheimer ; AVQ : Activités de la vie quotidienne ; SPCD : Symptômes psychologiques et comportementaux des démences

1126  
ALZ-

## **Au stade léger**

**Des désordres psychologiques et comportementaux peuvent être présents dès le début des troubles**

- **- la personne est souvent consciente de ses troubles, ce qui peut déclencher anxiété, irritabilité, et tristesse,  
- le malade peut perdre son esprit d'initiative à des degrés divers, et perdre l'intérêt qu'il portait à ses activités de loisir habituelles.**
- **« Il est irritable, anxieux, parfois il souffre et il semble très triste »,  
« Lui qui aimait tant voyager, cela ne lui dit plus rien »,  
« Il refuse de garder ses petits enfants »,  
« Il a arrêté de bricoler ».**

## **Au stade modéré**

**Les désordres psychologiques et comportementaux sont patents :**

- - saute d'humeur, repli, apathie,
  - méfiance ou idées délirantes dont le malade ne démord pas,
  - hallucinations,
  - troubles du sommeil,
  - comportement moteur aberrant (habillage / déshabillage, pliage / dépliage, déambulation..),
  - la personne est souvent consciente de ses troubles, ce qui peut déclencher anxiété, irritabilité, et tristesse.
  - Le malade peut perdre son esprit d'initiative à des degrés divers, et perdre plus ou moins l'intérêt qu'il portait à ses activités de loisir habituelles,
  - répétition incessante de la même question,
  - incurie, refus alimentaire, opposition aux soins.

## Au stade modéré

Les désordres psychologiques et comportementaux sont patents :

« Elle veut rendre visite à ses parents décédés depuis des années »

« La femme qui vient m'a volé mon argent »

« Elle somnole dans son fauteuil, petit à petit, elle inverse le jour et la nuit »

« Elle refuse qu'on s'occupe d'elle et couvre d'injure tous ceux qui l'approchent »

« Il m'appelle au téléphone plusieurs fois par nuit car il pense que des voleurs sont entrés chez lui »

« Il dort mal, se réveille plusieurs fois par nuit et veut sortir, je ne ferme plus l'œil de la nuit » « Il marche sans arrêt, sans but précis »

« Il défait en permanence son armoire »

« Il se déshabille et se rhabille indéfiniment »

« Il demande sans cesse ce qu'il fait là »

## **Au stade modéré**

**Les désordres psychologiques et comportementaux sont patents :**

- **Si certains de ces troubles (apathie, indifférence) sont tolérables, d'autres (troubles du sommeil, agressivité) conduisent souvent à un épuisement de l'entourage.**
- **Il est alors crucial que l'entourage soit conseillé et soutenu par le médecin ou les soignants afin d'apprendre à ne pas dépasser ses propres limites ou par exemple, à ne pas répondre aux agressions.**

## Au stade sévère

L'affectivité et le comportement sont extrêmement perturbés.

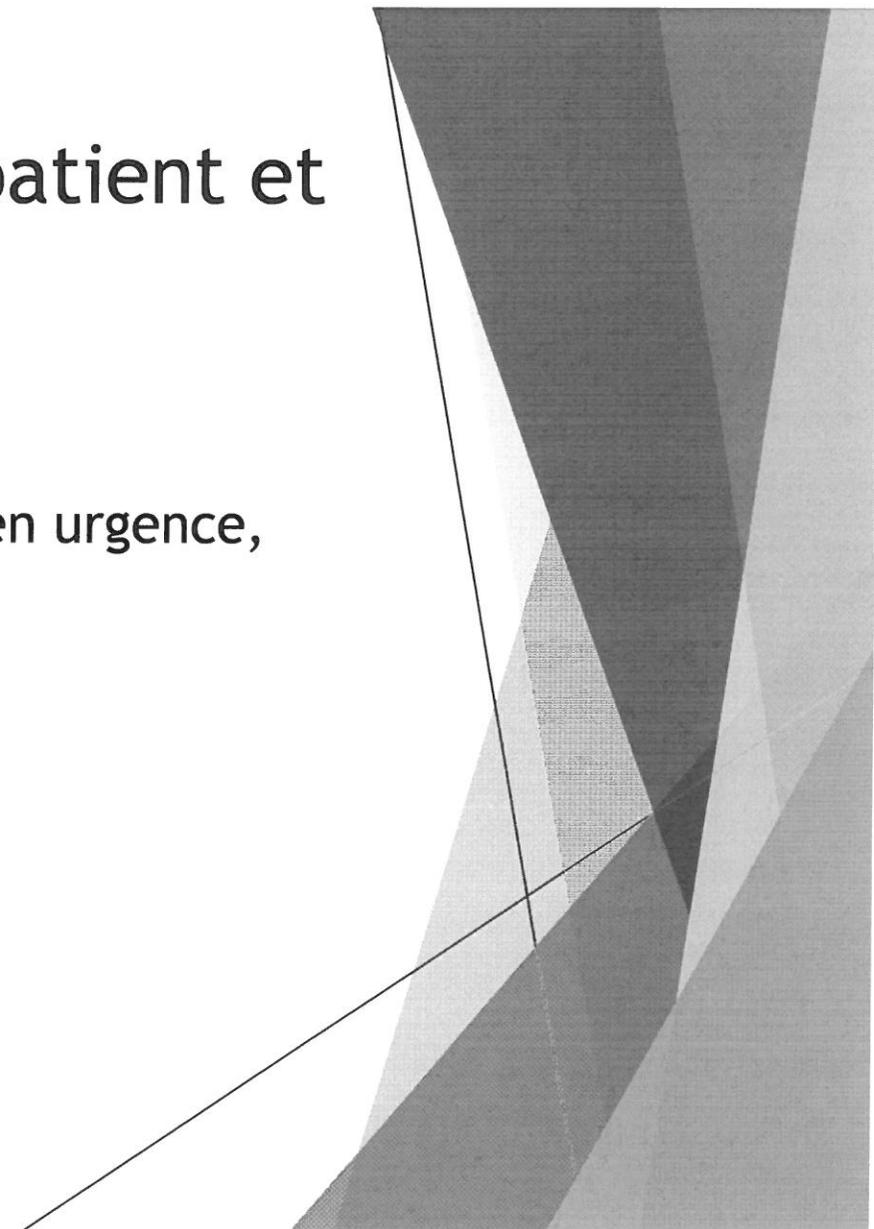
- *« Elle est agitée et crie dès qu'on la touche »*  
*« Elle griffe et mord quand on tente de lui faire sa toilette »*  
*« Elle crie « Mademoiselle ! » toute la journée »*

# Conséquences des SCPD sur le patient et son entourage

Les plus importantes sont pour le patient:

- augmentation du nombre d'hospitalisation en urgence,
- prolongation des durées d'hospitalisation,
- placement précoce en institution

Impact sur le fardeau de soins et de l'aidant



# Conséquences de SCPD sur le patient et son entourage

Chez les proches du patient risque élevé de *dépressions*:

- 14 à 47 % selon les études,
- 29 % avec une incidence de 50 % de dépressions parmi ceux qui initialement n'étaient pas déprimés ( Ballard et al 1996.)

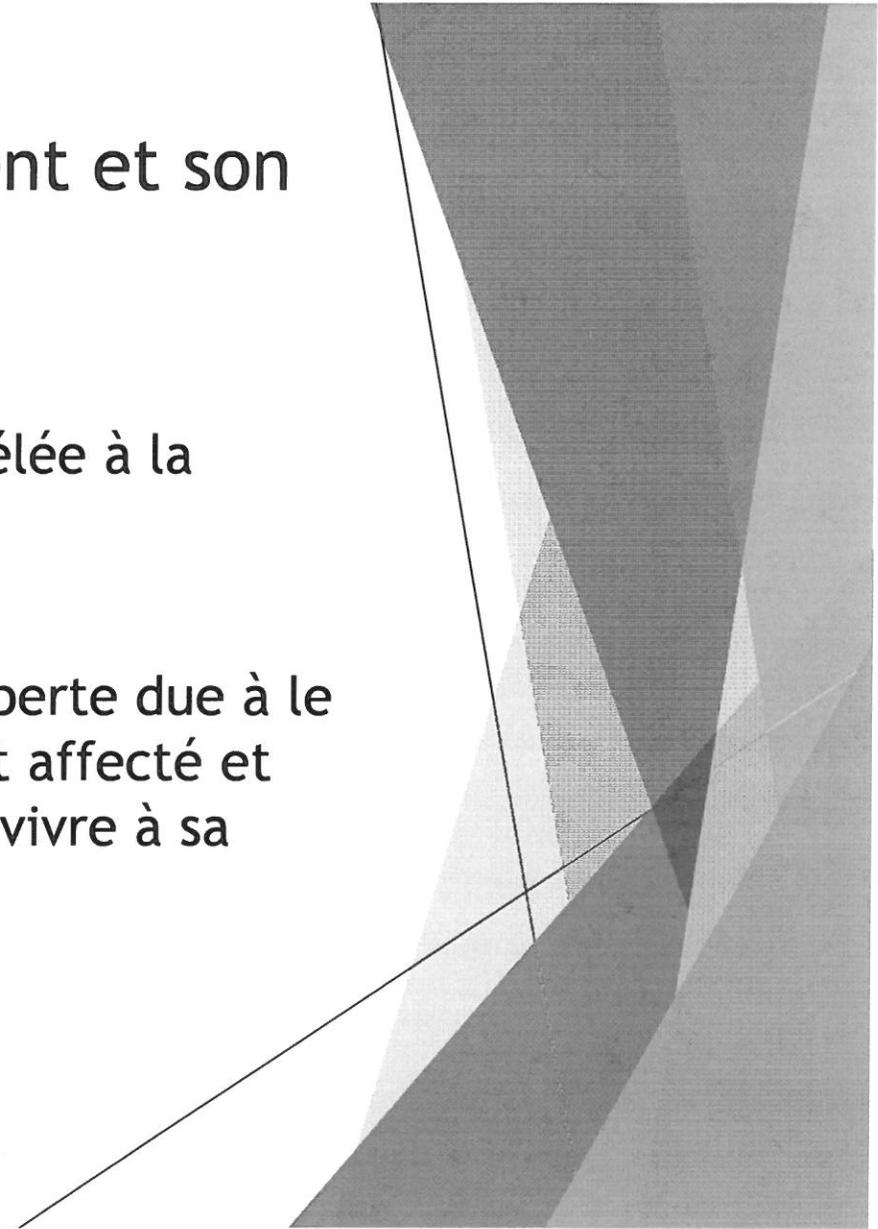
En outre, 10 % des aidants présentent *des critères d'anxiété*.

7 à 31 % des aidants de patients déments prennent des psychotropes (Schulz et coll., 1995 ).

# Conséquences des SCPD sur le patient et son entourage

La dégradation du bien être du proche est corrélée à la sévérité croissante des SCPD (Clyburn 2000).

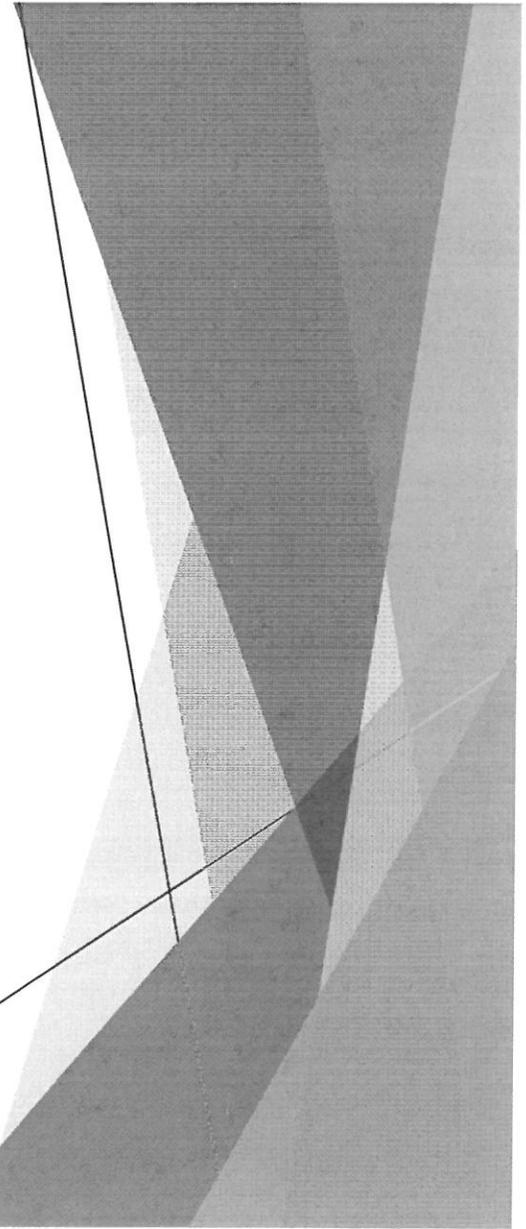
Un quart des proches ont un fort sentiment de perte due à la détérioration des fonctions cognitives du parent affecté et près de la moitié préférerait mourir plutôt que vivre à sa place (Onishi 2005).



# Conséquences des SCPD sur le patient et son entourage

*Colère et ressentiment* sont des émotions courantes chez les aidants.

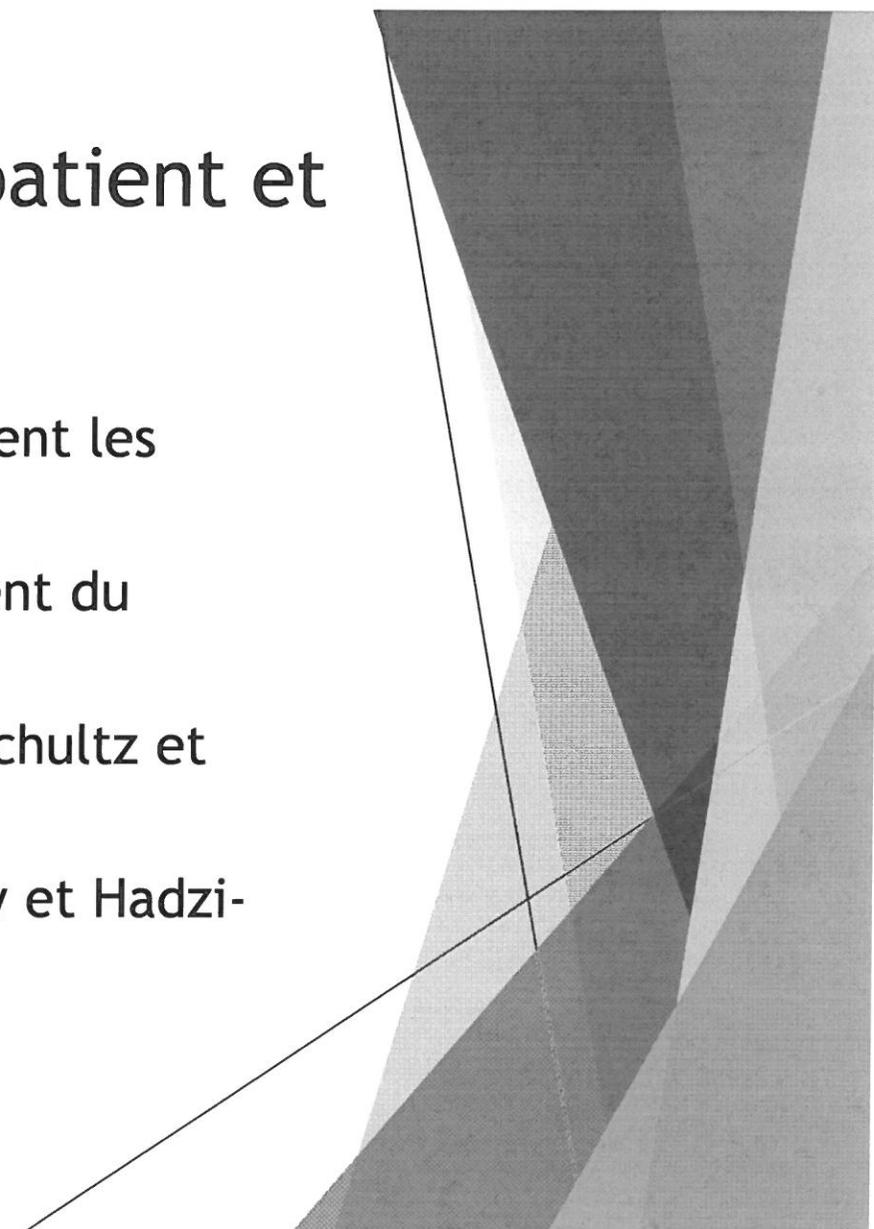
Dans une étude de 236 aidants naturels de patients déments, 1/5 ressentait des sentiments violents et craignaient d'agir de façon impulsive. Sur ce cinquième, un tiers signalaient avoir eu déjà eu un comportement violent (Pillemer et Sutor, 1992).



# Conséquences des SCPD sur le patient et son entourage

Dans les familles, s'occupant d'un patient dément les niveaux de stress familiaux sont élevés , liés:

- aux changements d'humeur , de comportement du patient,
- aux modifications de rythme nyctéméral ( Schultz et coll., 1995)
- à des comportements perturbateurs ( Brodaty et Hadzi-pavlovic, 1990)

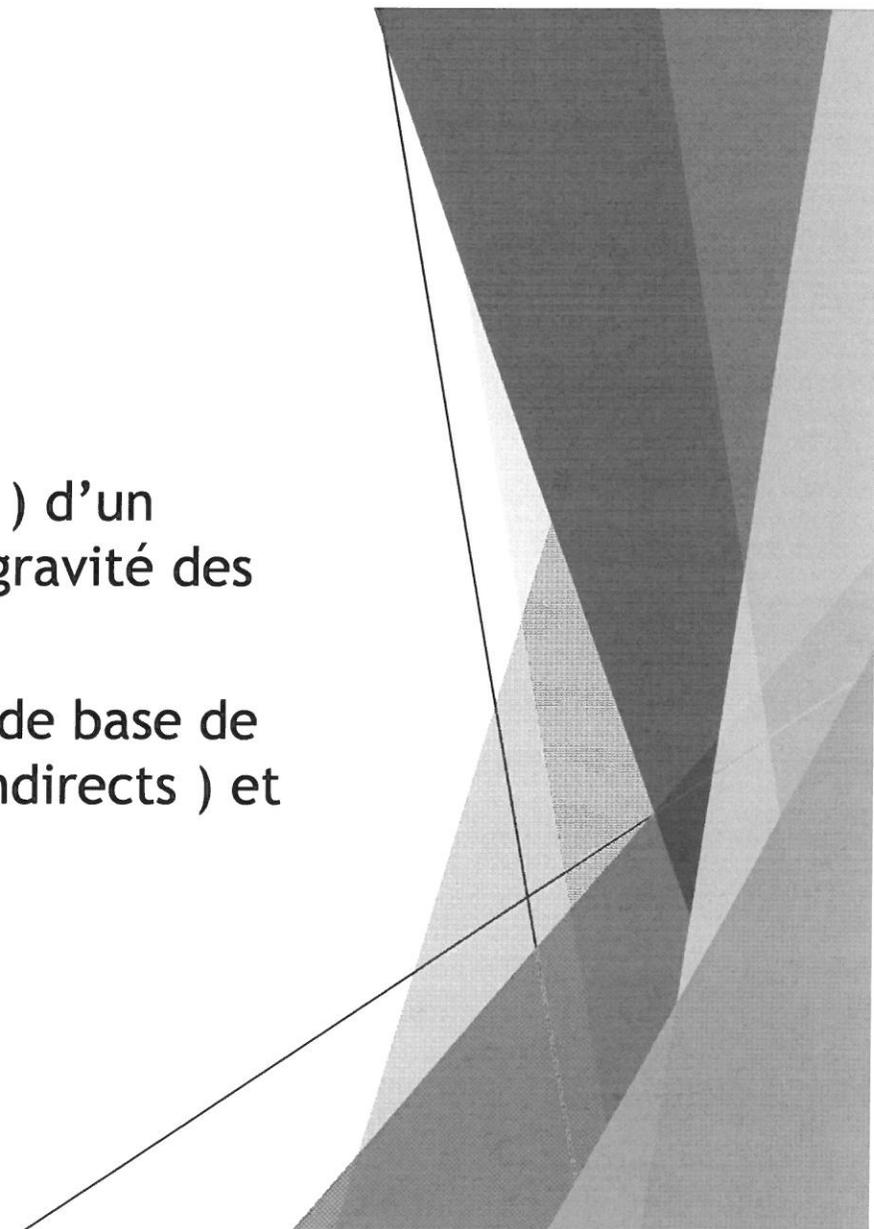


# Conséquences des SCPD

Les coûts annuels directs ( hôpital, médecins, médicaments,...) et indirects ( aide à la famille ) d'un patient dément ambulatoire sont corrélés à la gravité des SCPD et du déclin cognitif

La présence de SCPD augmenteraient les coûts de base de patients déments ambulatoires de 20 à 50 % ( indirects ) et de 30 % ( directs)

( Murman 2002; Beerli 2002)



**PRISE EN CHARGE .....**

# Qu'entend-on par prise en charge ?

Prise en charge de SCPD implique:

- une évaluation des troubles ( description, circonstances, fréquence, ..)
- une connaissance des limites liées au lieu ( EHPAD, domicile, hôpital, ....)
- une connaissance des limites liées aux personnes ( aidants informels ou professionnels)
- une connaissance du patient et de la pathologie démentielle

# Principes de prise en charge

## 1- Repérer :

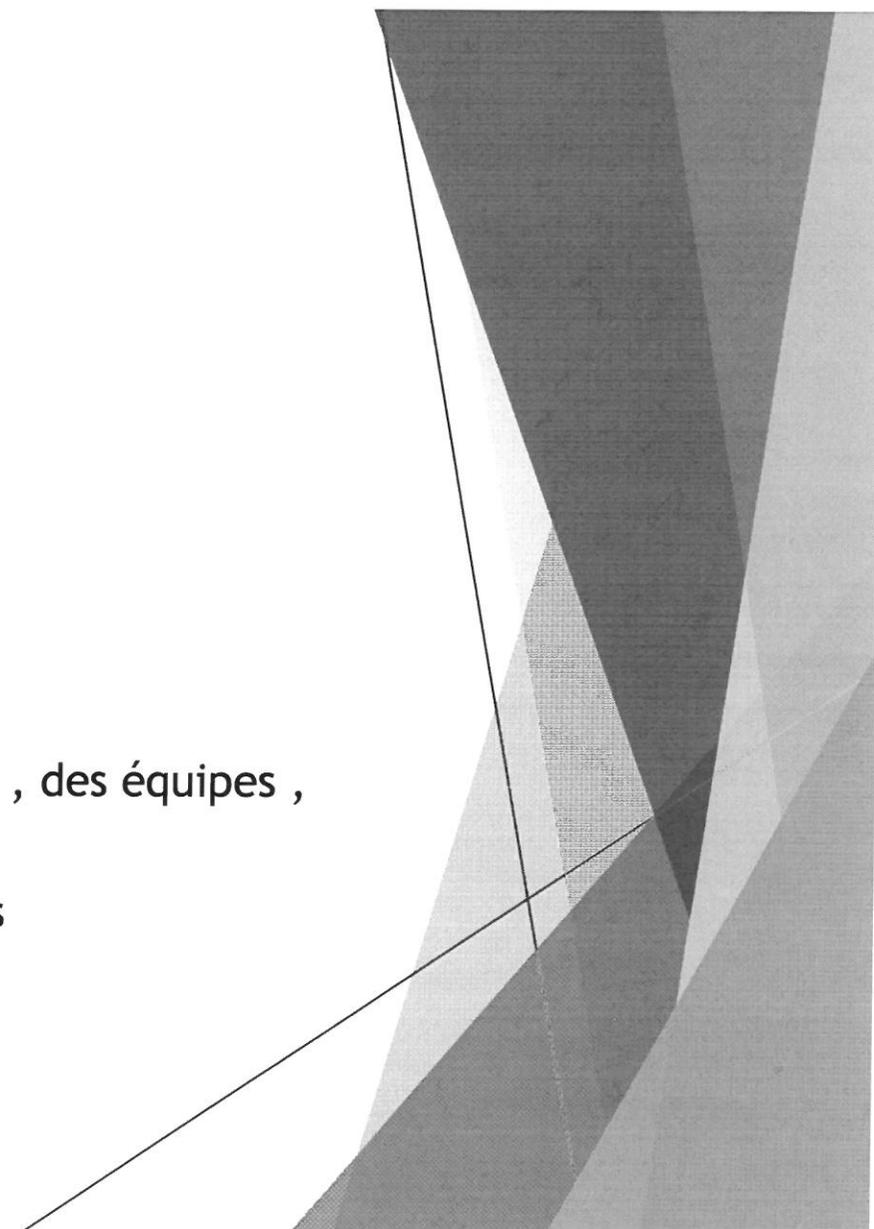
- ☞ Type de troubles et la fréquence
- ☞ Conséquences sur l'adaptation du patient aux soins,
- ☞ Aspects médico-légaux: prévenir les risques
- ☞ description des symptômes

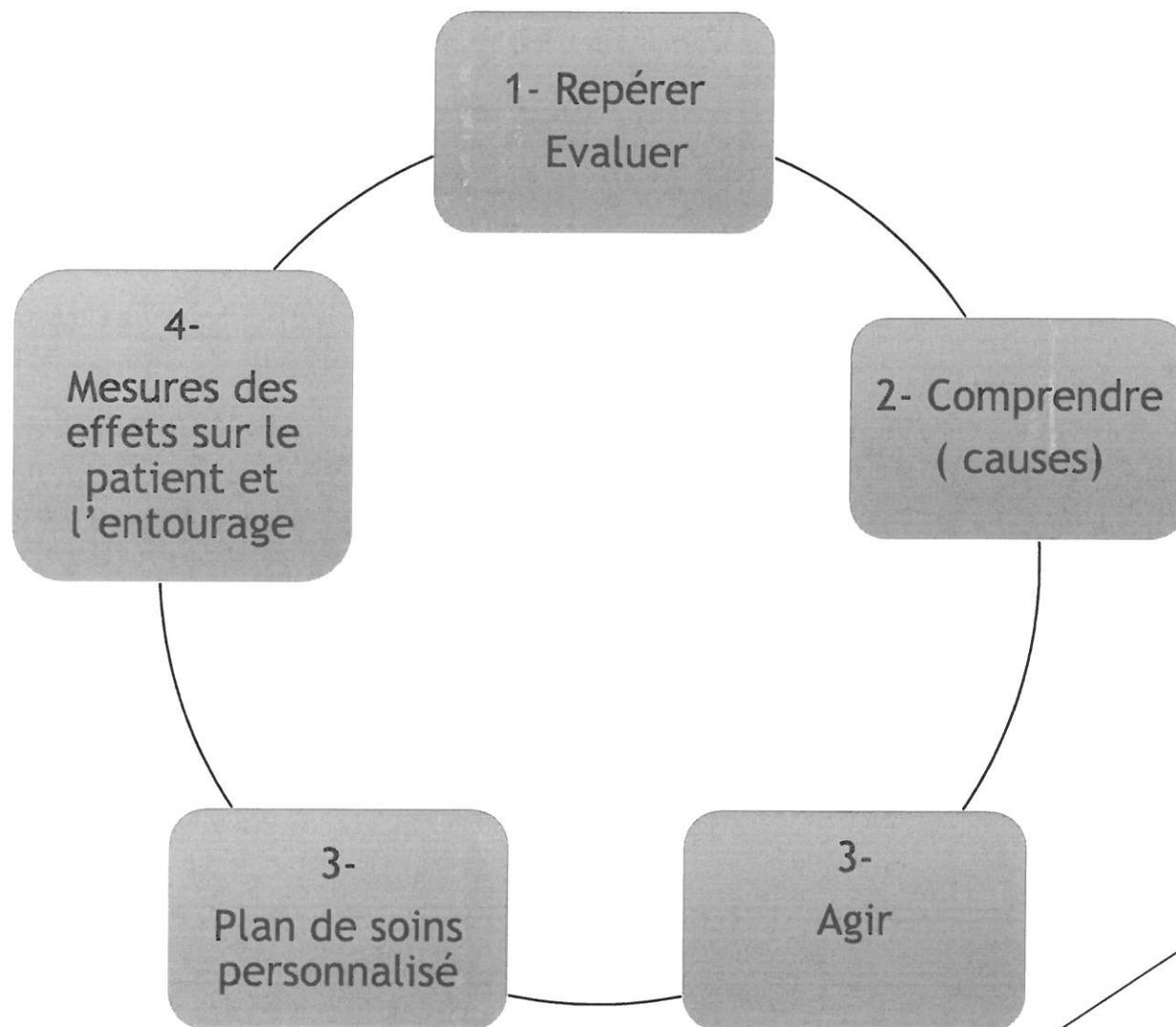
## 2- Comprendre :

- ☞ Démarche diagnostique : f de vulnérabilité du patient , des équipes , f précipitants, interactions
- ☞ Modalités d'adaptation des équipes, attitude positives

## 3-Agir: développement d'un plan de soins spécifique

## 4- Evaluer les effets de l'action





# Comment les évaluer :

## NPI Inventaire Neuropsychiatrique

- ▶ Évalue la présence, la fréquence et la sévérité des troubles du comportement
- ▶ Explore 10 domaines comportementaux :
  - ▶ ☞ Idées délirantes
  - ▶ ☞ Hallucinations
  - ▶ ☞ Agitation
  - ▶ ☞ Dépression/Dysphorie
  - ▶ ☞ Anxiété
  - ▶ ☞ Euphorie
  - ▶ ☞ Apathie
  - ▶ ☞ Désinhibition/Impulsivité
  - ▶ ☞ Irritabilité
  - ▶ ☞ Cptmt moteurs aberrants

# Comment les évaluer :

## NPI Inventaire Neuropsychiatrique

2 domaines neurovégétatifs peuvent être pris en compte:  
sommeil et appétit

12 points maximum par items, soit un score maximum de 144 points .

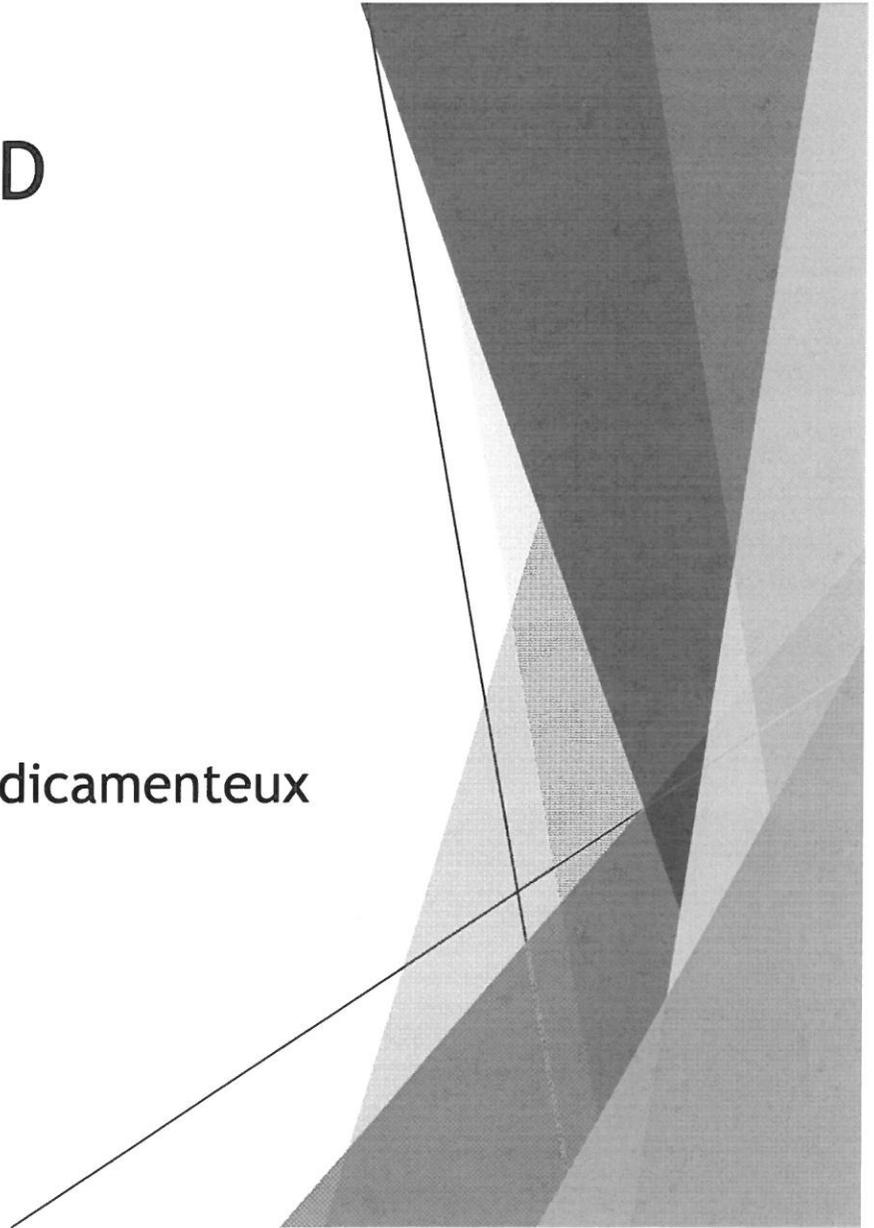
Se remplit avec un membre de l'équipe soignante en établissement ( NPI-ES) ou avec l'aidant principal à domicile ( NPI ou NPI-réduit)

# Intérêts de l'évaluation des SCPD

Objectivation des troubles

Meilleur suivi

Mesures de l'impact du traitement qu'il soit médicamenteux  
ou non



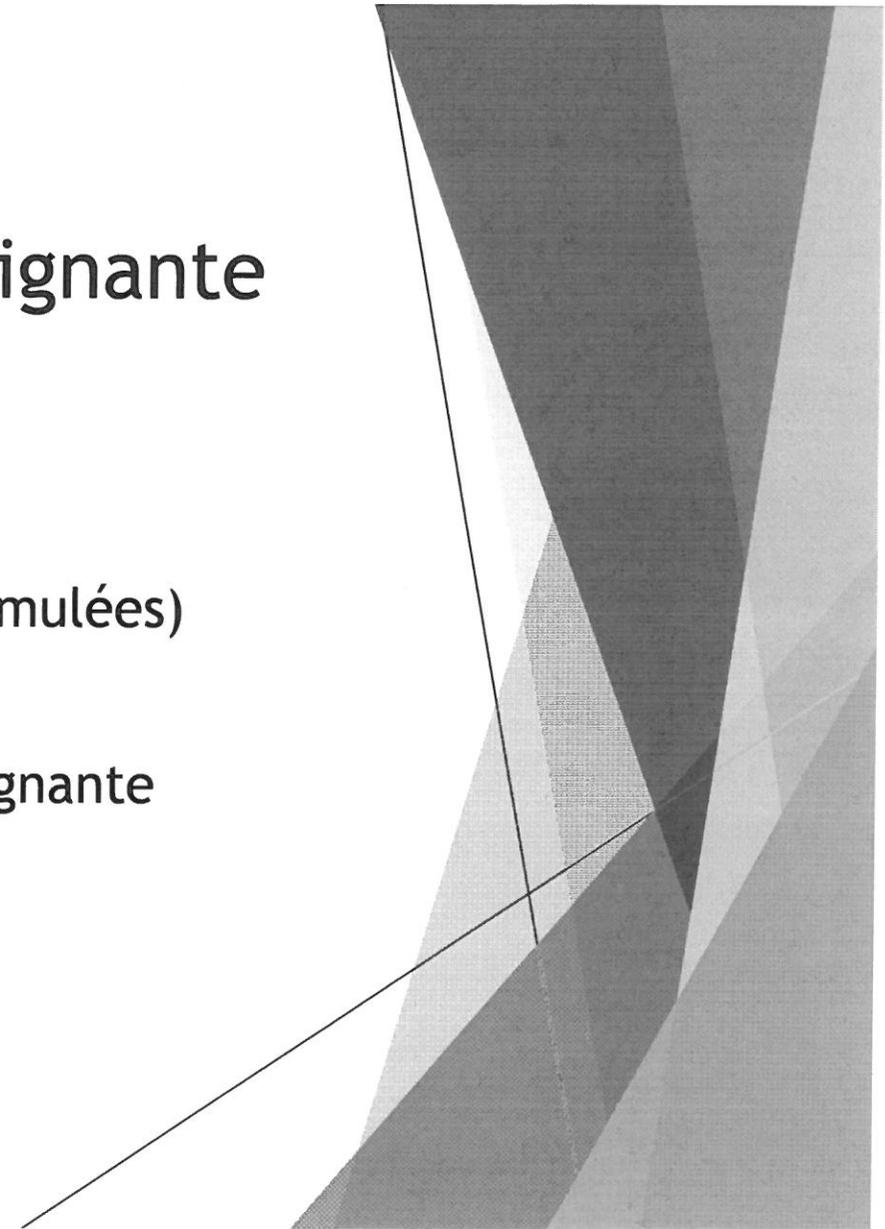
# NPI-ES :

## Intérêts de la version équipe soignante

Adapté aux patients déments en institution

Adapté aux équipes soignantes( questions reformulées)

Basé sur les réponses obtenues par l'équipe soignante



# NPI-ES : La passation

Avant l'entretien, il faut insister sur :

- ☞ Le but de l'entretien
- ☞ Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles,
- ☞ La période d'évaluation : trouble présent durant la semaine passée ou pendant une autre période bien définie
- ☞ Les réponses : brèves, formulées par oui/non

# NPI-ES : La passation

Question de sélection posée pour déterminer si le trouble est présent ou absent:

- ☞ Si la réponse est +, marquer « oui » et explorer toutes les sous questions relatives au domaine
- ☞ Si la réponse est négative, marquer « non » et passer au domaine suivant sans poser les sous questions

**Exemple de question de sélection :**  
**c. agitation / agressivité**

*"Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient / la patiente refuse l'aide des autres ?*

*Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?*

*Est-il/elle bruyant(e) et refuse t-il/elle de coopérer ?*

*Le patient/ la patiente essaye-t-il/elle de blesser ou de frapper les autres ?"*

● **Réponse de l'accompagnant**

**NON**

**Passez à la section suivante**

**OUI**

**Posez les questions complémentaires**

## **Exemple de question de sélection :**

### **c. agitation / agressivité**

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

**Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?**

## **Les questions complémentaires**

### **c. agitation / agressivité**

- 5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle, est t-il/elle bruyant(e) ou jure-t-il/elle avec colère ?**
- 6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?**
- 7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?**
- 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?**

***Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation***

# **Cotation : La Fréquence**

## **c. agitation / agressivité**

*Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces troubles :*

- 1. Quelquefois : Moins d' une fois par semaine**
- 2. Assez souvent : Environ une fois par semaine**
- 3. Fréquemment :  
Plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours**  
  
**Très fréquemment :  
Tous les jours ou pratiquement tout le temps**

# **Cotation : La Gravité**

## **c. agitation / agressivité**

*Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements.*

- 1. Léger - Ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler par l'intervention du soignant.**
- 2. Moyen - Ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile à contrôler.**
- 3. Important- L'agitation est très stressante ou perturbante pour le patient/la patiente et est très difficile voire impossible à contrôler. Il est possible que le patient/la patiente se blesse lui-même et l'administration de médicaments est souvent nécessaire.**

## **Cotation : Le Retentissement**

*A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous et augmente-il votre charge de travail ?*

- Pas du tout
- Presque aucun changement dans les activités de routine
- Quelques changements dans les activités de routine mais peu dans la gestion du temps de travail
- Désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail
- Désorganise, affecte l'équipe et les patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail

**Très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe et les patients.**

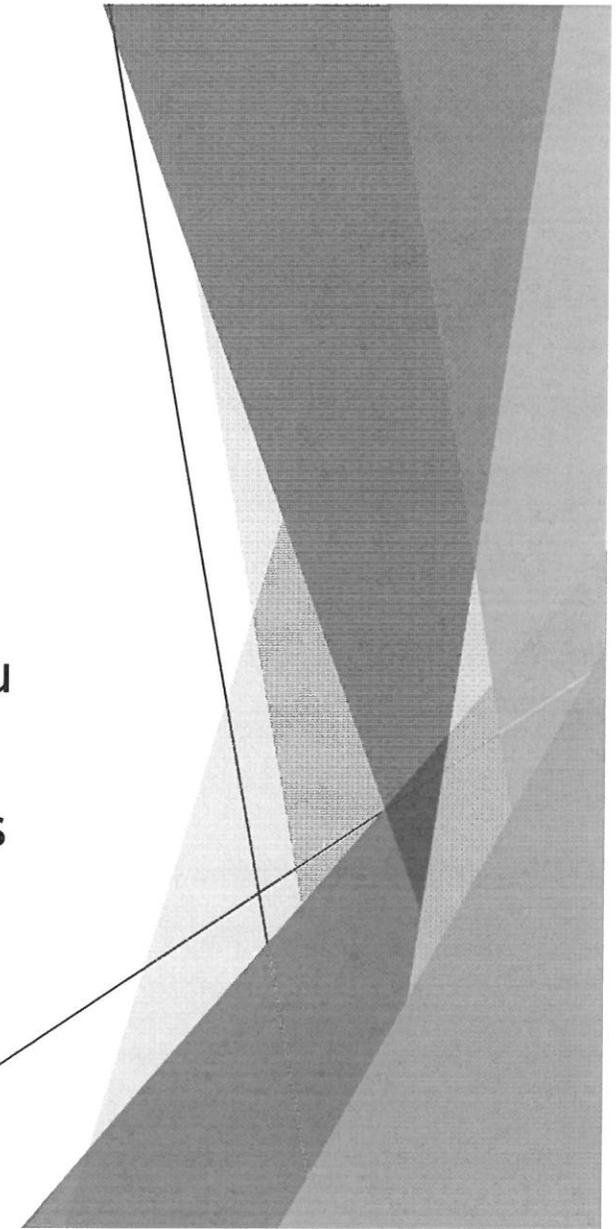
# Cotation : Score du domaine

- **Score du domaine = fréquence x gravité**
- **12 points maximum par item, soit un score total maximum de 144 points.**
- **Score de retentissement non pris en compte dans le score global au NPI-ES**

**Peut être calculé séparément comme le score total de "retentissement" sur les activités professionnelles**

## NPI-ES : Avantages

- Adapté à la vie institutionnelle
- Intègre le retentissement sur l'équipe soignante et les autres résidents
- Permet l'élaboration du projet de vie individualisé et du projet de soins personnalisé
- Permet d'échanger et de communiquer sur des données objectivées par l'équipe soignante et la famille



# NPI-ES : Une démarche qualité

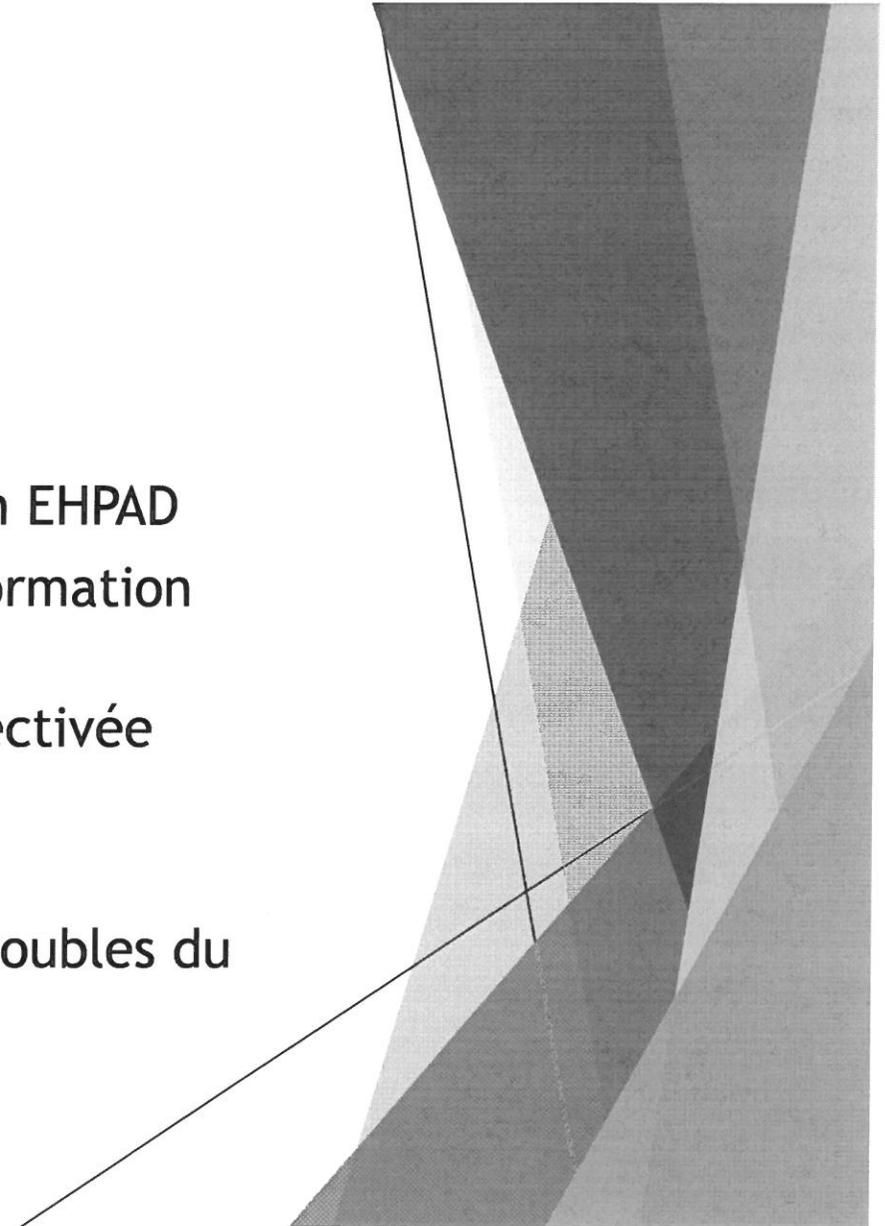
Pour l'équipe soignante :

- ☞ Evaluer les patients dont ils ont la charge en EHPAD
- ☞ Favoriser une démarche qualité par une information objectivée et partagée

Vers la famille ☞ Partager une information objectivée

Vers le patient ☞ Adapter sa prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse

Une objectivation de la charge induite par les troubles du comportement ( GIR, ADL,.....)



## Fiche DÉCLIC.©

Décryptage CLInique des Cris chez le sujet âgé Version 10.2013

GOMAS J-M, TRIBOUT D, PETROGNANI A, KNORRECK F, TIRAPO C, SALES E, CIFGG 2010

En cas de cris (chroniques ou inhabituels) .... Quelles questions se poser ? DÉCLIC aide à préciser l'intrication fréquente des 3 causes de cris chez le sujet âgé, donc la nécessaire intrication thérapeutique : approche globale +/- antalgiques +/- psychotropes +/- neuroleptiques

### 1 - Il a mal

#### -douleurs physiques :

- > nociception, neuropathies ... penser à une position antalgique méconnue
- > toujours penser au globe vésical, au fécalome... aux pathologies diverses à réétudier avec l'équipe médicale

#### - organisation inappropriée des soins

- > -mauvaise installation, source d'inconfort
- > -douleurs induites par les soins ou la position : transferts, toilette, rééducation, repas.
- cependant certains gémissements ne témoignent pas forcément de douleur physique, mais peuvent être des restes de communication ou des « gémissements réponses» aux stimulations (à l'agonie notamment)

→ le cri est donc signal d'alarme = il est à faire disparaître, avec la douleur

→ Instituer ou Réévaluer le traitement antalgique avec l'aide d'une échelle d'évaluation de la douleur chronique adaptée aux dyscommuniquants<sup>1</sup>, revoir l'organisation des soins, mettre en place une prémédication des douleurs induites

### 2- Il est mal

#### -souffrance morale,

- ❖ Peur, angoisse, révolte, dépression, hallucinations...
- ❖ Refus de soins pour organisation inappropriée des soins, appréhension, incompréhension sensorielle, voire maltraitance et vécu abandonnique ... avec des cris qui sont donc justifiés
- ❖ déclenchement des cris par la famille : que sait-elle ? est-elle en état de comprendre ? Y a-t-il des entretiens explicatifs de bonne qualité (assis, en prenant le temps) ?
- ❖ frustration, isolement, et réactions liées à la dépendance...

→ le cri n'est pas uniquement « négatif » ou « inutile » mais il faut l'atténuer

→ Réévaluer l'approche globale, le sens des soins, l'utilité des psychotropes

### 3 - Il est déficitaire cognitif

- processus démentiel d'origines diverses : (attention à la fluctuation et aux variantes d'une équipe à l'autre) : Alzheimer et apparentés, Troubles neurologiques, troubles post AVC, trouble tumoral central....
- le cortège sémiologique est riche, souvent explicatif mais non relié à des douleurs physiques
- penser à la simple demande de présence (cris comme communication, voire comme cris de joie)

→ le cri n'est pas uniquement « négatif » ou « inutile », mais il faut l'atténuer

→ Réévaluer l'approche globale, le traitement étiologique, discuter les psychotropes dont les neuroleptiques

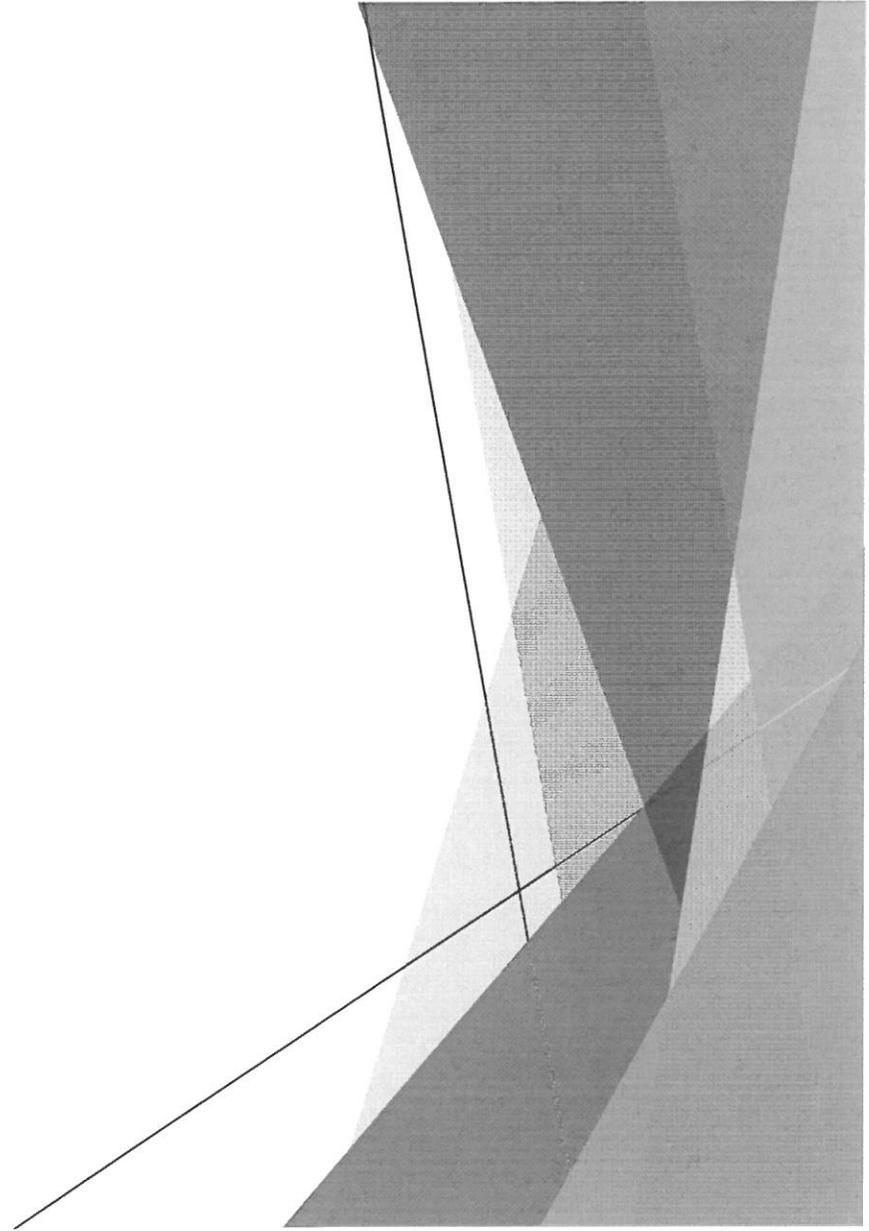
fiche téléchargeable sur [www.ccfma.org](http://www.ccfma.org)

<sup>1</sup> Échelles d'hétéro-évaluation validées en français : DOLOPLUS version 2 ; ECPA version 2 ; ECS version 3 ; PACSLACS

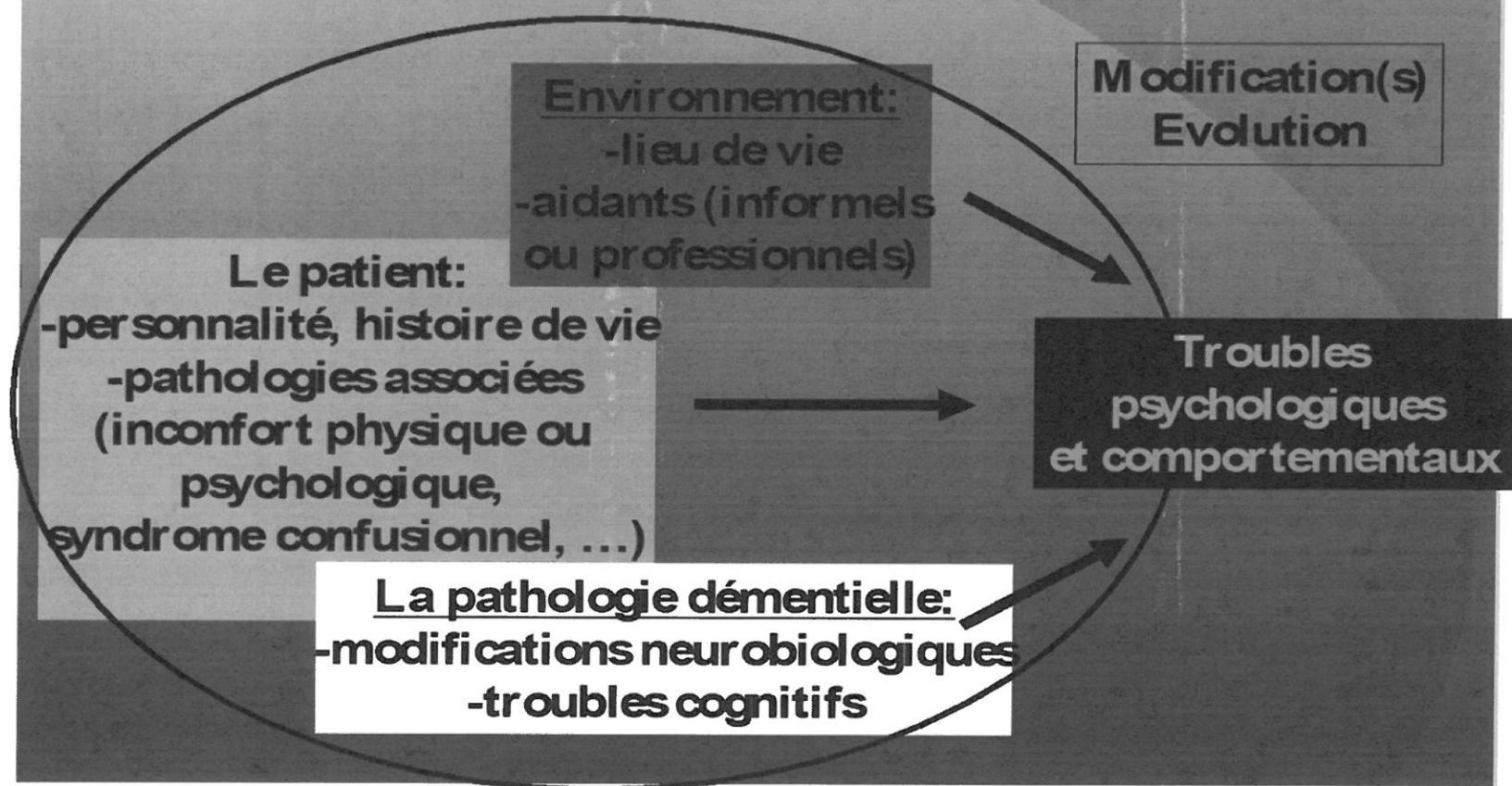
Comment appréhender le problème...



Une situation  
individuelle



# Une situation individuelle



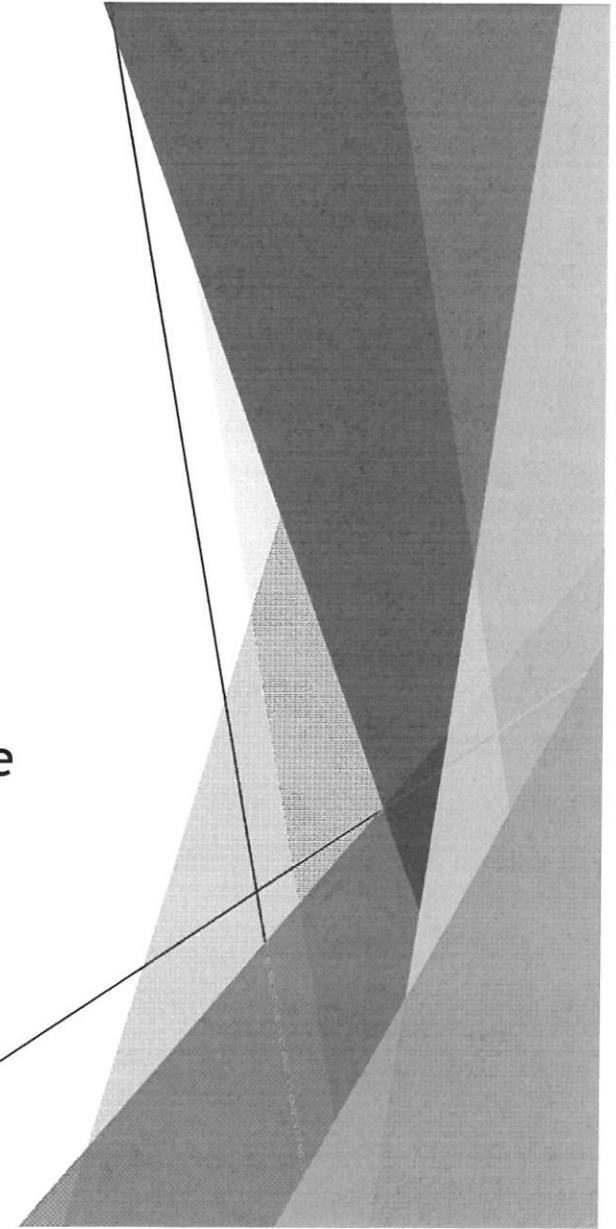
# Trois prise en charge intriquées ( PEC)

1- Les PEC non médicamenteuses :

- ☞ Patients
- ☞ Aidants ( informels ou professionnels)
- ☞ Environnement

2- PEC non médicamenteuses ou médicamenteuses de l'étiologie du trouble ( pathologie somatique, iatrogénie, MAMA, ...)

3- PEC médicamenteuse du trouble qui dépendra des ses caractéristiques ( type, fréquence, gravité, retentissement,.....)





# Les traitements médicamenteux

les neuroleptiques

# Les neuroleptiques ( NL)

Dans le cadre de la MAMA:

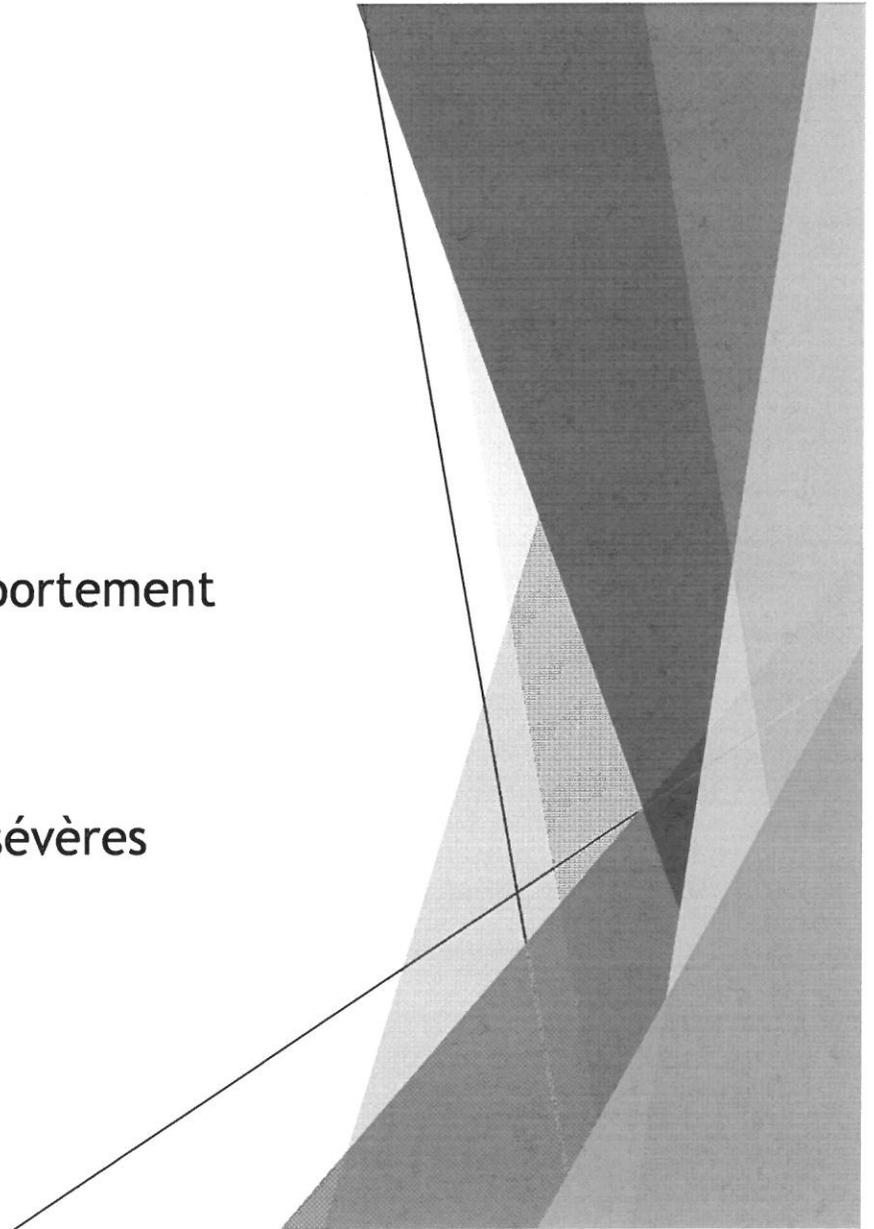
- Plus de 16 % des sujets atteints sont sous NL
- Environ 30 % des sujets déments en EHPAD sont sous NL
- « Proportion 5 fois plus élevée que dans la population des plus de 65 ans totale

Les SCPD ( cris, agitation, oppositions , ...) sont très fréquents dans cette pathologie ➤ les NL sont la prescription la plus fréquente

# Les neuroleptiques ( NL)

Pour 1000 sujets traitées par NL pour des tb du comportement durant 12 semaines:

- ☞ 9 à 20 % seulement de diminution des tb du comportement
- ☞ 10 de décès supplémentaires
- ☞ 18 AVC dont 50% sévère
- ☞ 58 à 94 patients présentant des tb locomoteurs sévères



# Les Neuroleptiques

## Agitation dans la maladie d'Alzheimer

	Non-médicamenteux	Haldol	Trazodone	Placebo	Ensemble
Amélioration	32%	32%	41%	31%	34%
Pas de changement	20%	21%	14%	28%	20%
Aggravation	49%	47%	46%	42%	46%

# Essais contrôlés dans la démence avec les antipsychotiques

Antipsychotique	Etude	N	Durée	Résultats
Risperidone	Katz et al	625	12 semaines	Amélioration
	De Deyn et al	344	13 semaines	Amélioration
	Mintzer et al	473	8 semaines	Pas de différence
Olanzapine	Satterlee et al	238	8 semaines	Pas de différence
	Street et al	206	6 semaines	Amélioration
Quetiapine	Ballard et al	93	26 semaines	Pas de différence (agitation) Augmentation du déclin cognitif

Sources: Katz IR et al. J Clin Psychiatry 1999; 60: 107-115; De Deyn PP et al. Neurology 1999; 53: 946-955; Satterlee WG et al. Psychopharmacol Bull 1995; 31: 534-538; Street J et al. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 968-976.

## Risque de décès sous NL atypique

### Risque de décès sous antipsychotique atypique

Antipsychotiques	N total de patients	N (%) de décès
Risperidone vs placebo (6)	1009 vs 712	40 (4,0) vs 22 (3,1)
Quetiapine vs placebo (2)	365 vs 217	20 (5,5) vs 7 (3,2)
Olanzapine vs placebo (5)	1184 vs 478	42 (3,5) vs 7 (1,5)

# Risque de décès/ NL conventionnels VS atypiques

## **Risque de décès: Neuroleptiques conventionnels vs. atypiques**

- **Cohorte rétrospective de 22 890 sujets âgés de 65 ans recevant un traitement neuroleptique.**
- **Analyse du risque de décès dans les 180 jours (<40j, 40-79j, 80-180j).**
- **Risque de décès supérieur sous traitements conventionnels vs. Atypiques.**
- **Les atypiques ne devraient donc pas en théorie être remplacés par un traitement conventionnel.**

# Que penser de la prescription de NL

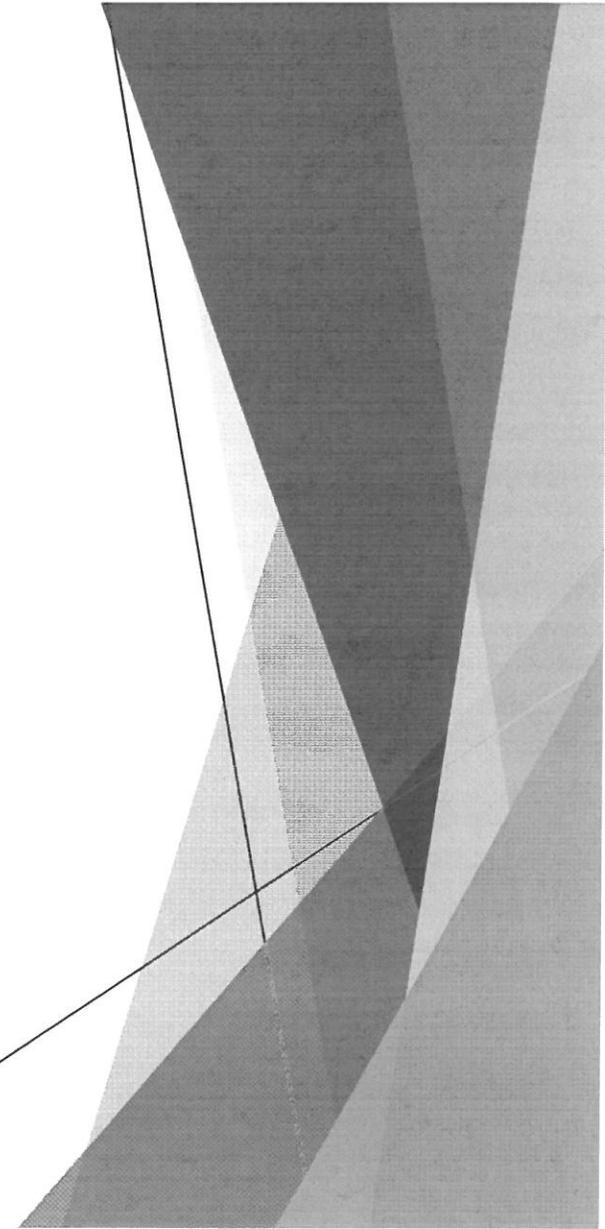
Peu de preuve d'efficacité.

Effets secondaires graves .

Derrière les troubles perturbateurs il existe des significations et des causes multiples

Ont cependant une place dans la pharmacopée dans la gestion aigue d'une crise.

Règles de prescription rigoureuse, posologies faibles ( BMJ 2012: augmentation du risque de décès dose dépendant)



## Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study

75 445 nouveaux sujets vivant en institution de 2001-2011 sous antipsychotiques (haloperidol, aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone). Evaluation du risque de décès toutes causes, et cause spécifique en fonction des traitements

### What is already known on this topic

Both typical and atypical antipsychotics carry a black box warning of an increased risk of death in elderly patients with behavioural symptoms associated with dementia

Despite their known risks and the absence of compelling efficacy data, these drugs are still used widely in this population

Little is known about whether different drugs differ in their mortality risk

### What this study adds

In a large cohort of elderly patients in nursing homes, antipsychotic drugs conferred a dose related risk of death: compared with risperidone, haloperidol users had an increased risk and quetiapine users a decreased risk

The effects were strongest shortly after the start of treatment and remained after adjustment for dose

Though extensive measures were taken to mitigate confounding, and findings were consistent in sensitivity and confirmatory analyses, they should be confirmed with other data sources

## Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study

- Ce que l'on sait :
  - Les antipsychotiques typiques ou atypiques augmentent le risque de décès chez le sujet âgé dément.
  - En dépit de ces risques, ces traitements sont utilisés dans cette population.
- Qu'apporte cette étude:
  - Elle montre une augmentation du risque de décès dose dépendant.
  - Comparativement à la rispéridone, le risque de décès est plus élevé sous haloperidol et moins élevé sous quétiapine.
  - Les effets sont plus importants au tout début du traitement.

# Que penser de la prescription de NL

Traitement NL dans l'agitation, tb psychotiques dans les démence :

- ☞ Exclure les NL est illusoire ( situations d'urgence, dangerosité, peu d'autres alternatives)
- ☞ PEC non médicamenteuses , manque d'études correctement menées ( bien que étude ETNA 3....)
- ☞ **En cas de nécessité:** commencer aux doses les plus faibles, augmenter très progressivement, essayer un arrêt progressif rapide , plutôt un NL atypique

# Les traitements spécifiques

Tableau 2 - Les essais cliniques concernant les patients atteints d'une DM et/ou d'une DV pure.

Médicament	Type d'étude	Traitement	Critères d'inclusion	Critères de sévérité	Nombre de patients	Bénéfices observés
<b>Inhibiteurs d'acétylcholinestérase</b>						
<b>Rivastigmine</b>	Ouverte contre aspirine	Dose progressive (6 mg/j après 1 mois)	DV probable <b>ou</b> possible (NINDS-AIREN) et signes radiologiques de pathologie cérébrovasculaire	MMSE entre 10 et 26	22	Le comportement
<b>Donepezil</b>	Multicentrique, randomisée contre placebo	Dose progressive (10 mg/j après 1 mois)	DV probable <b>ou</b> possible (NINDS-AIREN)	MMSE entre 10 et 26	603	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La performance cognitive</li> <li>• Les activités de la vie quotidienne</li> </ul>
<b>Galantamine</b>	Multicentrique, randomisée contre placebo	Dose progressive (24 mg/j la semaine 6)	DV probable (NINDS-AIREN) <b>ou</b> MA possible (NINDS-AIREN) avec signes radiologiques significatifs de pathologie cérébrovasculaire	MMSE entre 10 et 25 ADAS-cog $\geq$ 12	592	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La performance cognitive</li> <li>• Les activités de la vie quotidienne</li> <li>• Le comportement</li> </ul>
<b>Antagoniste des récepteurs NMDA</b>						
<b>Mémantine</b>	Multicentrique, randomisée contre placebo	Dose progressive (20 mg/j la semaine 4)	DV probable (NINDS-AIREN) et HIS > 4	MMSE entre 12 et 20	321	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La performance cognitive</li> <li>• Le comportement</li> </ul>

<sup>1</sup> Respectivement, les références bibliographiques 20, 21, 24, 25, 22, 23, 26, 27.

# Les traitements spécifiques

Découverte des effets des IAChE sur les SCPD

- ☞ Memantine en 2004

Discrédit sur les NL atypiques responsables de :

- ☞ AVC X 3

- ☞ Mortalité X 2

Effets symptomatiques sur certains symptômes cognitifs de la MAMA à court terme

Effets limités sur l'améliorations des fct° cognitives

# Les traitements spécifiques

- ◆ La mémantine (Ebixa ®)
- ◆ Méta-analyse 1826 patients (6 essais)
  - ◆ Démence modérée à sévère
  - ◆ Effets significatifs dans 4 domaines
  - ◆ SPCD présents au départ : 6/10 malades améliorés à 6 mois
  - ◆ SPCD absents au départ : 8/10 asymptomatiques à 6 mois

Winblad et al Dement Geriatr Cogn Disord 2007

# Les traitements spécifiques

- Actions bénéfiques des anticholinestérasiques sur les SCPD associés / Diminution du score NPI de 2 à 4,5 points à 21\_26 semaines
- Pas d'émergence probable de nouveaux troubles
- Symptômes négatifs : Efficacité donezepil ( Aricept), galantamine ( Reminyl)
- Symptômes positifs . Efficacité rivastagmine ( Exelon )

# Recommandations

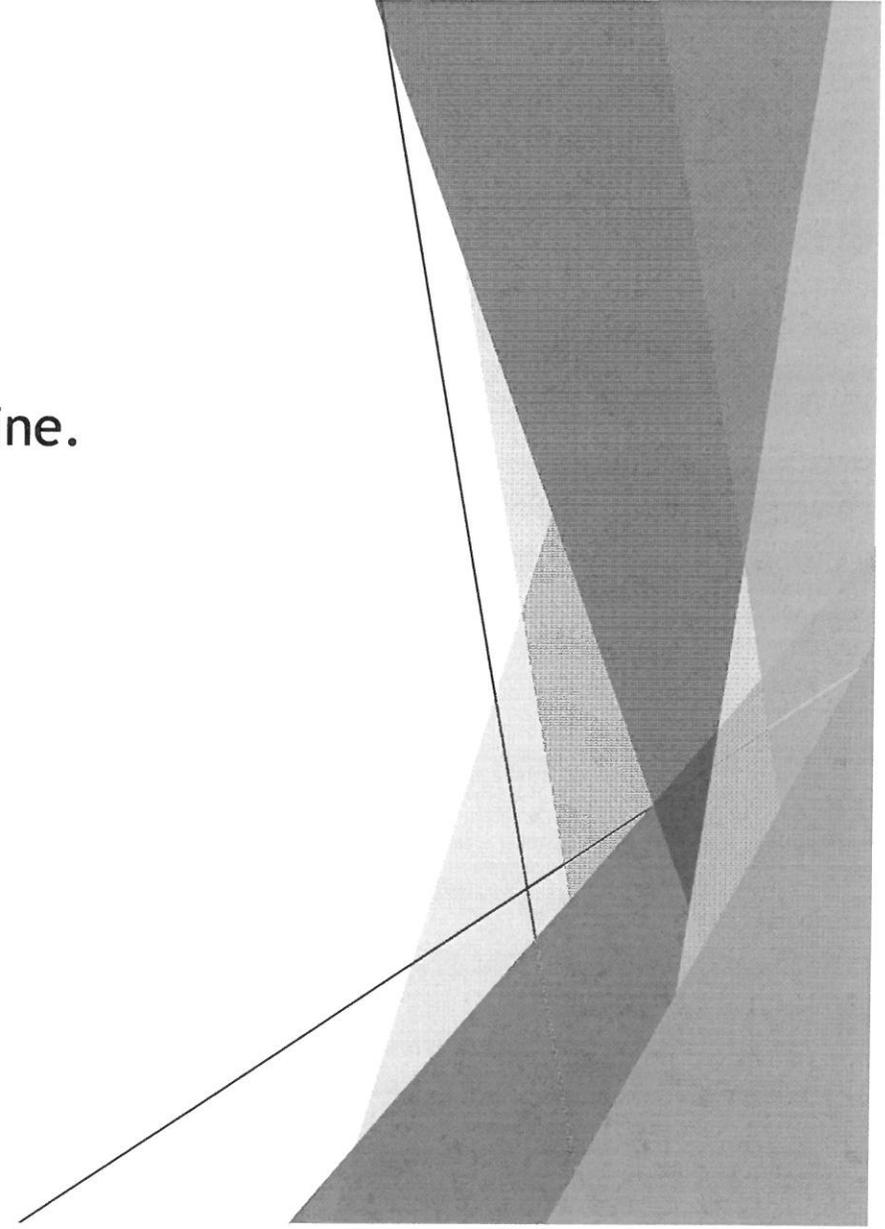
- ◆ *les données actuelles de la littérature ne permettent pas de recommander les traitements spécifiques de la DTA dans la prévention et le traitement des symptômes psychotiques et des comportements perturbateurs*
- ◆ *L'effet de ces molécules sur les SCPD est considéré modeste et inconstant.*
- ◆ *Des travaux complémentaires et spécifiques sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de ces traitements sur les troubles du comportement.*

HAS 2009

# Les autres traitements

## Peu de classes thérapeutiques

- Traitements anticholinesterasiques, mémantine.
- Antipsychotiques ou NL
- Antidépresseurs
- Antiépileptiques
- Anxiolytiques
- Hypnotiques



# Traitements pharmacologiques

Classes pharmacologiques	Indications
Antidépresseurs: Fluoxétine Paroxétine Citalopram Sertraline ... Trazodone Autres: IMAO sélectif: moclobémide IRSNA: venlafaxine	Symptômes dépressifs, anxiété, irritabilité, impulsivité, agitation, idées délirantes  Instabilité psychomotrice, agitation  Apathie
Thymorégulateurs: Valproate de sodium Carbamazépine	Agitation, hostilité
Antipsychotiques Risperidone Olanzapine Halopéridol	Agitation, agressivité, idées délirantes, hallucinations
Inhibiteurs de la cholinestérase	Apathie, symptômes dépressifs, anxiété, agitation, hallucination
Mémantine	Agitation, agressivité, idées délirantes

**HAS**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE**

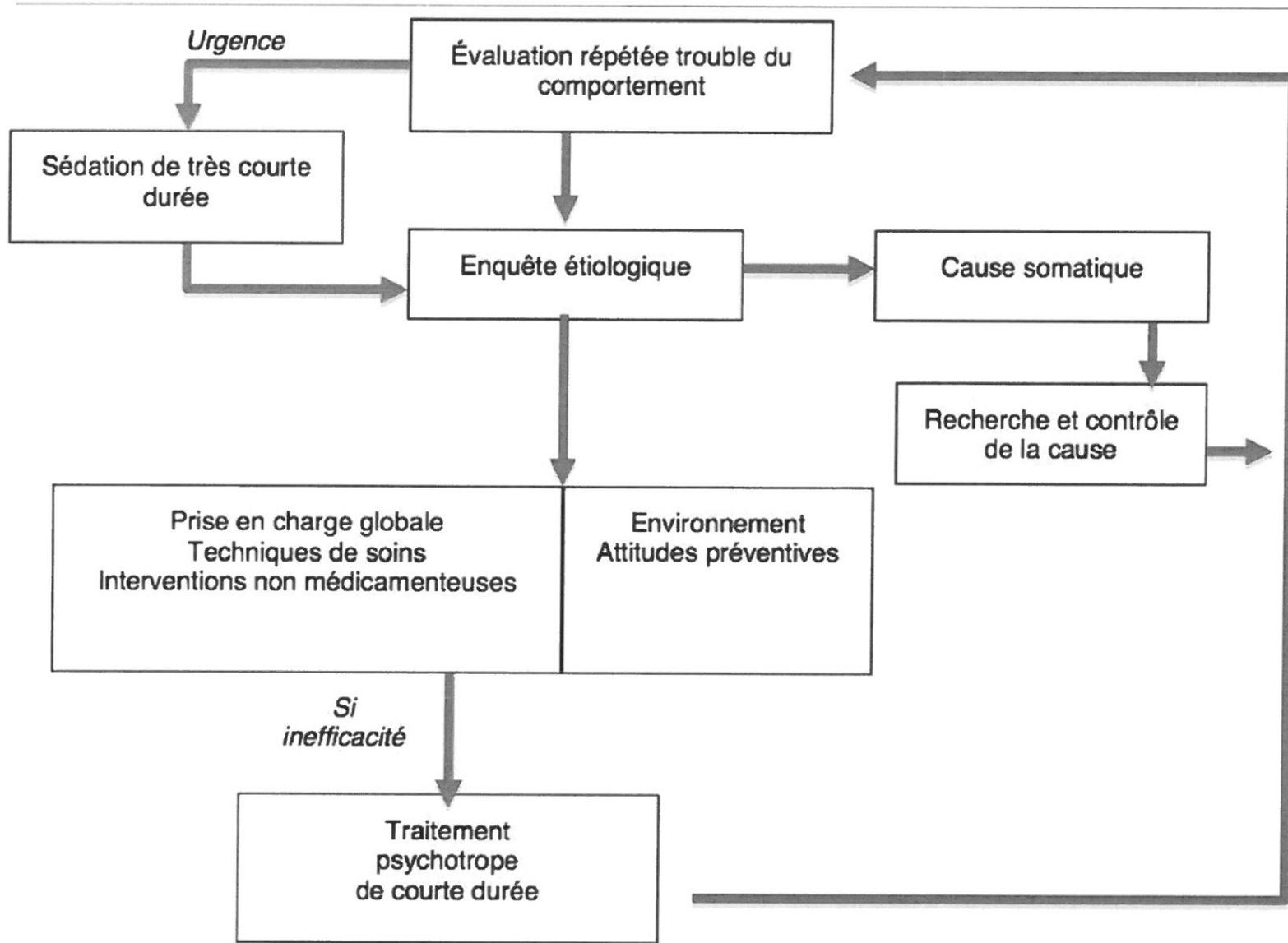
**Maladie d'Alzheimer et maladies  
apparentées : prise en charge des  
troubles du comportement  
perturbateurs**

**RECOMMANDATIONS**

**Mai 2009**

# Les recommandations HAS

- « Recourir à un psychotrope **seulement** si les troubles du comportement persistent après contrôle de leurs causes secondaires
- Privilégier la **monothérapie**
- Démarrer à de **petites doses**, en augmentant prudemment par paliers, et maintenir le traitement à la dose efficace la mieux tolérée
- Prescrire pour la plus **courte durée** possible, à l'exception des antidépresseurs
- **Ne modifier si possible qu'un seul traitement à la fois**
- Apprendre au **patient et à la famille** à repérer les effets positifs et indésirables du traitement »
- ...



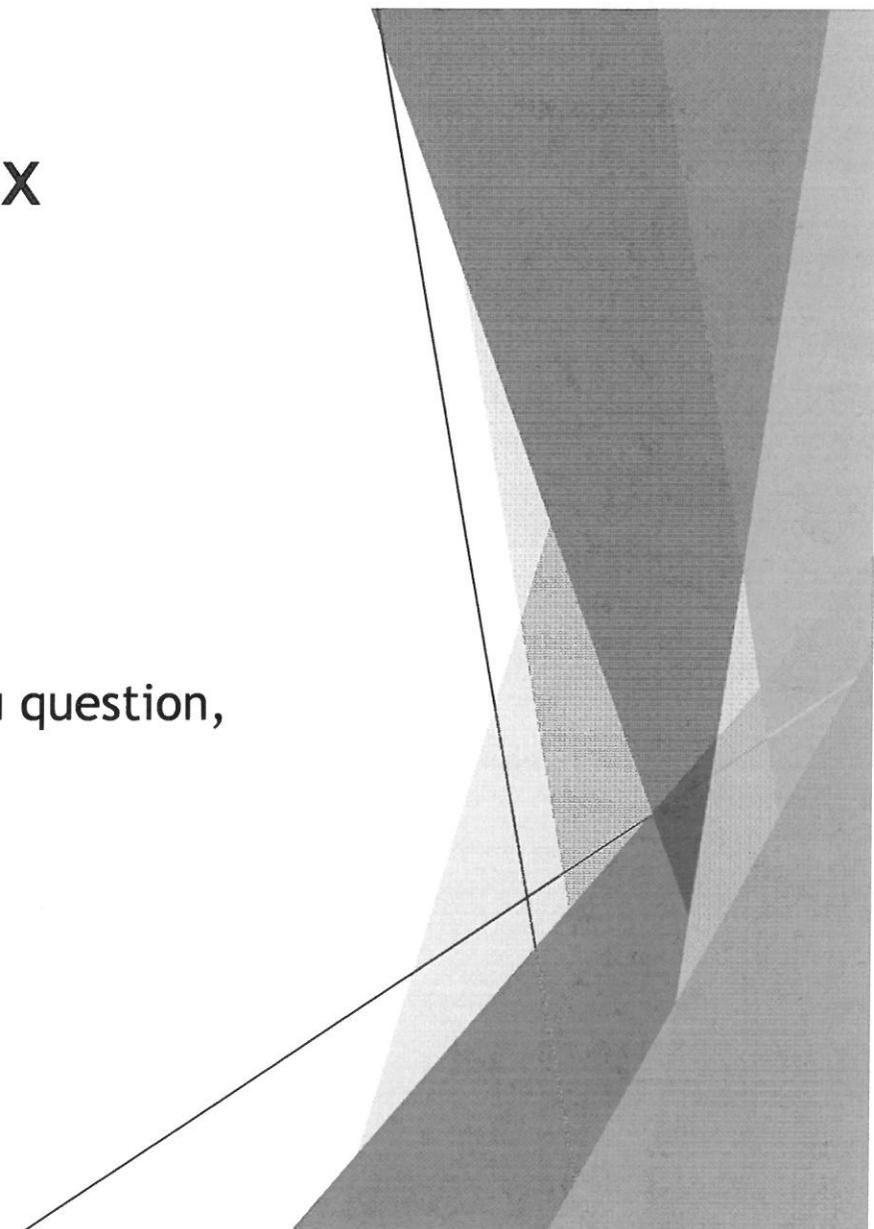
# Traitements non médicamenteux

Agir sur l'environnement :

- ☞ lumières, espace de déambulation

Attitudes apaisantes

- ☞ parler lentement, une seule consigne à la fois ou question, parler face à la personne , ne jamais crier
- ☞ ne pas contraindre ou frustrer
- ☞ comportement de valorisation,
- ☞ éviter les mises en échec



# Traitements non médicamenteux

Corriger la vue, l'audition, l'état buccal

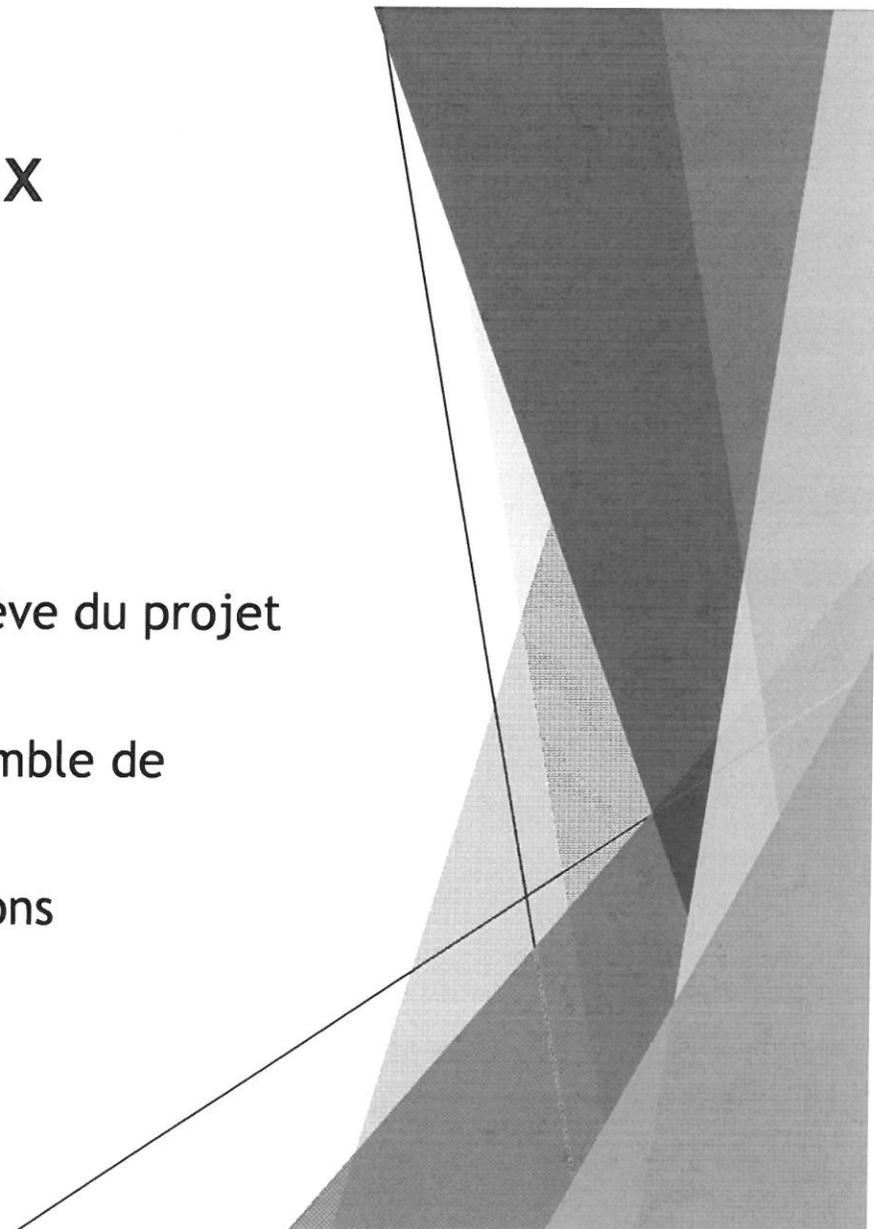
Education/formation des soignants :

- ☞ l'organisation de la pec en charge des SCPD relève du projet d'établissement,

- ☞ pour un patient donné , la PEC relève de l'ensemble de l'équipe

- ☞ A FAIRE et NE PAS FAIRE dans toutes les situations

PEC multidisciplinaire et précoce

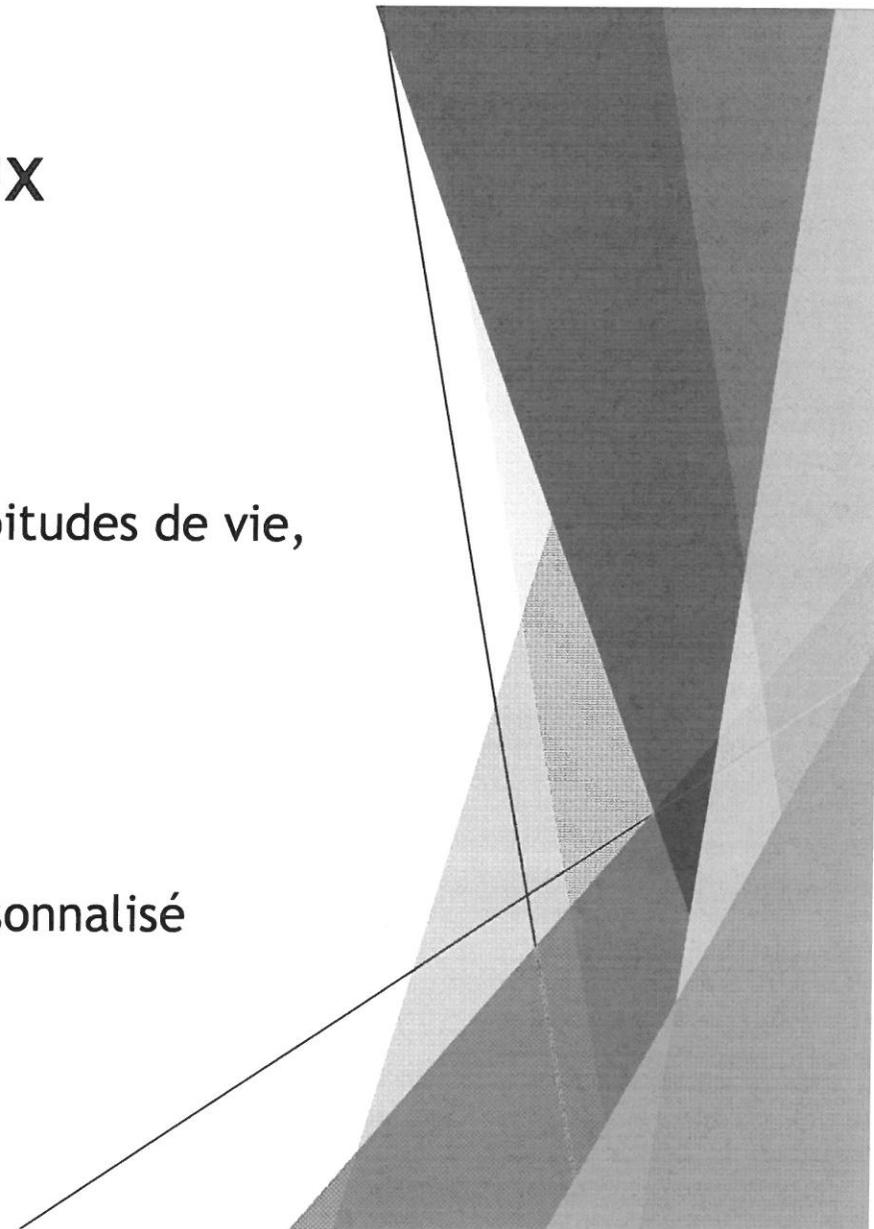


# Traitements non médicamenteux

Activités orientées vers le patient :

- ☞ tenant compte de son histoire de vie, de ses habitudes de vie, de ses centres d'intérêt et de ses loisirs antérieurs
- ☞ privilégiant la relation avec l'autre
- ☞ personnalisées

Il s'agit de projet de vie individualisé ou projet personnalisé



# Traitements non médicamenteux

## Listes d'intervention non exhaustives

- **Snoezelen** : Stimulation sensorielle dans un environnement dédié
- **Réminiscence thérapie** ( évocation de souvenirs autobiographiques à l'aide de supports divers )
- **Activités motrice**: accompagnement à la marche ( patient agité, déambulant)
- **Activités manuelles, musicales, stimulation avec des animaux, horticulture**

# Traitements non médicamenteux

Dans les EHPAD , depuis le plan Alzheimer 2008 -2012 ,  
renforcement des unités dédiées à la pec non  
médicamenteuse des SCPD :

- ☞ PASA pour les troubles modérés ( NPI-ES >7)
- ☞ UHR pour les troubles sévères

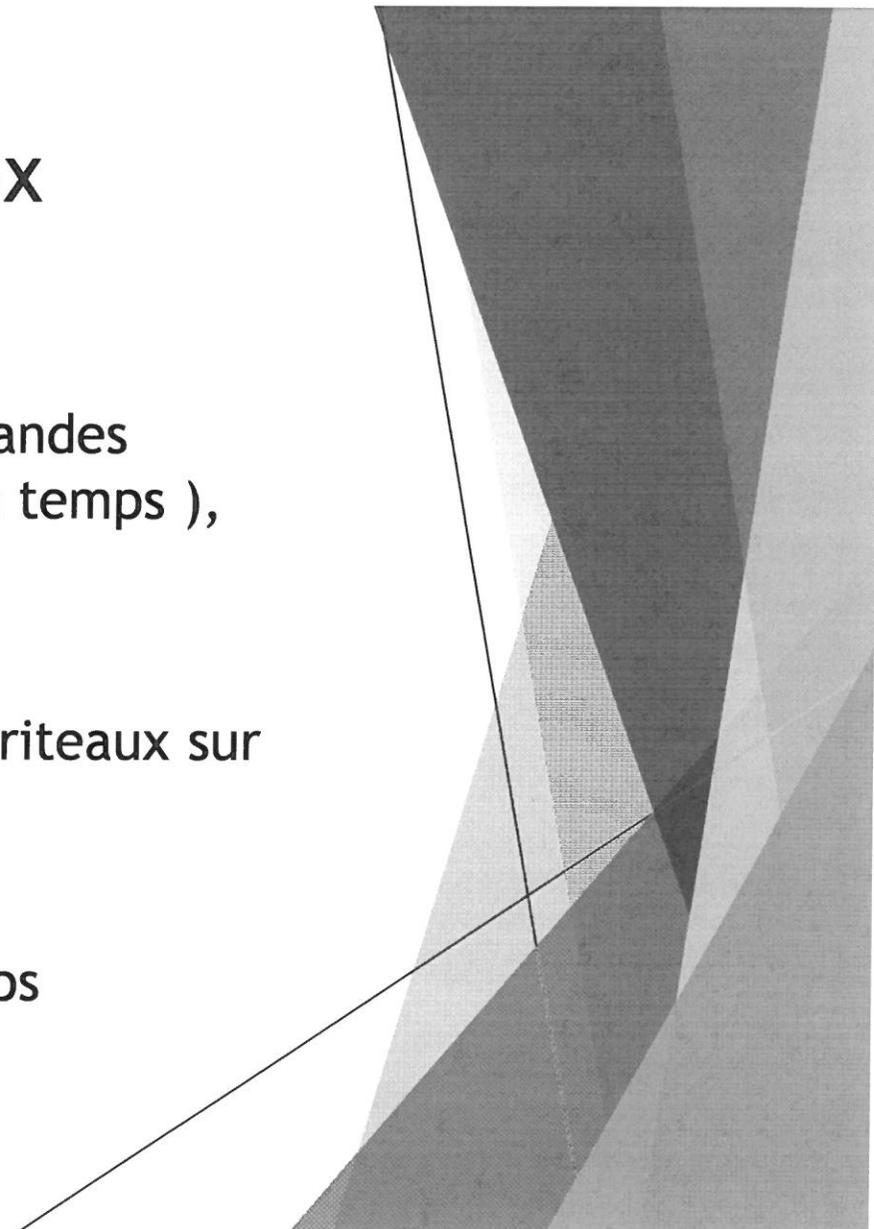
# Traitements non médicamenteux

## Aménager le logement

Orientation temporelle : grands calendriers, grandes horloges ( renforcer les indicateurs normaux du temps ), luminosités accrue dans la journée.

Orientation dans l'espace: veilleuse de nuit, écriteaux sur les portes.

Activités de la vie quotidienne : emploi du temps



# Conclusion

## Beaucoup de difficultés

De nombreux symptômes,

De nombreuses significations,

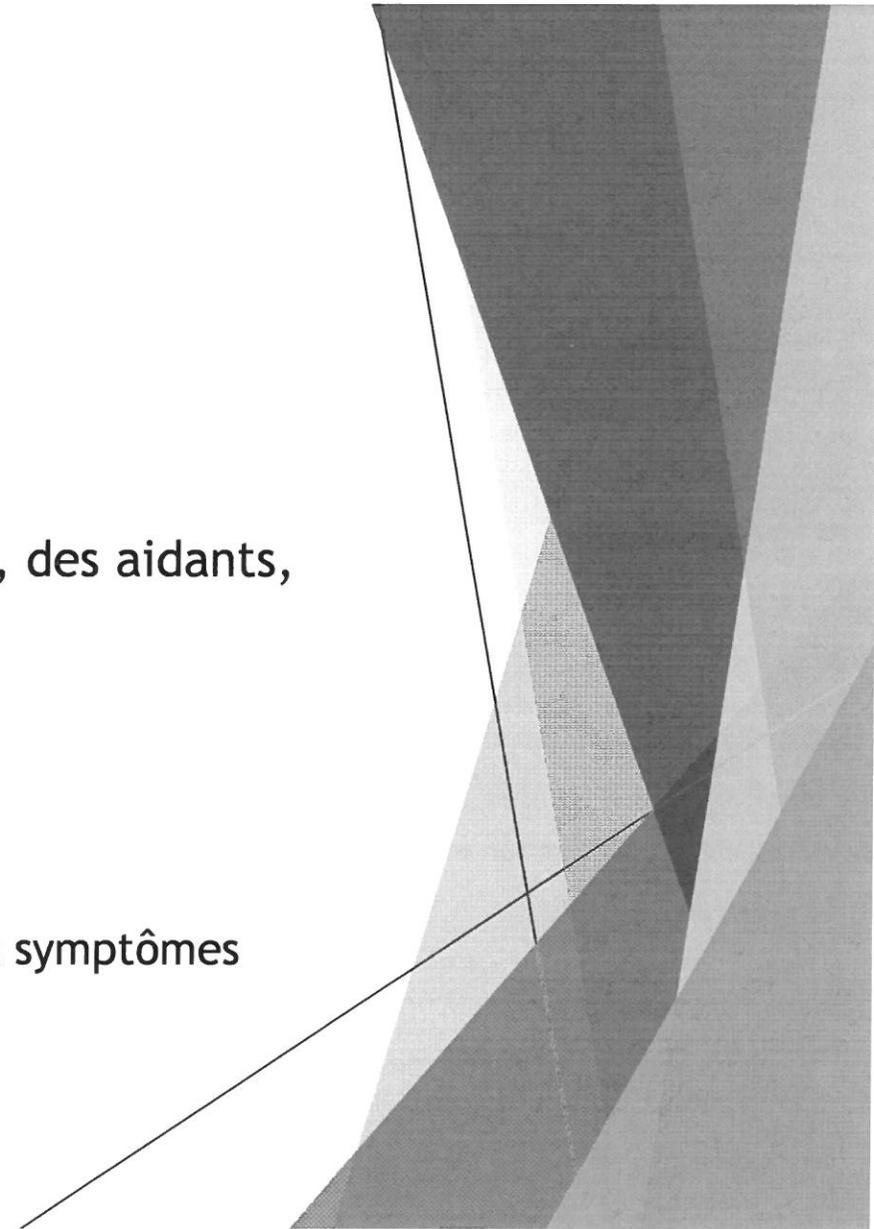
De nombreuses situations en fonction du lieu de vie, des aidants,  
du stade de la maladie

Sur le plan médicamenteux :

- ☞ peu de classes de molécules

Différents aspects :

- ☞ La prévention,
- ☞ les pec non médicamenteuses et médicamenteuse des symptômes
- ☞ les troubles dits » perturbateurs »



# Conclusion

## Grands principes

PEC multimodale guidée par le stade d'évolution de la maladie et par le type et les caractéristiques des symptômes

PEC d'une maladie intercurrente ou de la iatrogénie potentiellement grave

Approche non pharmacologique +/- pharmacologique

Monothérapie ( en dehors du trt spécifique ) de courte durée, faible dose, adapté au sujet âgé

Evaluation bénéfique/risque

Savoir arrêter les traitements

