

Les troubles psychologiques et comportementaux dans la démence

par M^{me} Aurélie MICELI* et les D^{rs} Anne PEETERS** et Christophe DUMONT***

* Neuropsychologue
 ** Médecin psychogériatrie
 *** Médecin gériatre
 Grand Hôpital de Charleroi
 6061 Montignies-sur-Sambre
christophe.dumont@ghdc.be



«Docteur, elle me crache dessus !» «Il ne veut plus rien faire, je n'en peux plus !» «Elle voit des enfants la nuit, que puis-je faire ?»... Les troubles du comportement posent question et perturbent le patient dément et son entourage. Comment aider les malades et leurs proches ? Cet article tente d'apporter des réponses et des solutions concrètes face à ces situations fréquentes mais difficiles.

ABSTRACT

Psychological and behavioural disorders in dementia are common and can have serious consequences for the patient himself and for his caregivers and family. After exclusion of a possible somatic or medical cause, the management of these disorders should preferably be non-pharmacological, with medical treatment being restricted to failures of this approach. This article summarizes the approach and management of these disorders for use by the general practitioner.

Keywords : Alzheimer disease, behavioural disorders, dementia.

RÉSUMÉ

Les troubles psychologiques et comportementaux dans la démence sont fréquents et potentiellement lourds de conséquence, tant pour le malade lui-même que pour les soignants et l'entourage. Après exclusion d'une éventuelle cause somatique ou médicale, la prise en charge de ces troubles doit de préférence être de nature non pharmacologique, seuls les échecs justifiant le recours au traitement médicamenteux. Cet article résume l'approche et la prise en charge de ces troubles à l'usage du généraliste.

Mots-clés : maladie d'Alzheimer, troubles du comportement, démence.

Prétest

1. Les interventions non pharmacologiques peuvent être durablement efficaces sur les troubles psycho-comportementaux.
2. Toutes les formes de démence peuvent faire l'objet de la même approche pharmacologique.
3. Les anti-cholinestérases peuvent engendrer ou aggraver une perte de poids.

Vrai Faux

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses page 27.

La démence est fréquemment associée à des symptômes non cognitifs. Ceux-ci peuvent être source d'inconfort pour le patient ainsi que pour les aidants formels ou informels. L'Association Internationale de Psychogériatrie regroupe cette symptomatologie sous le terme plus général de «symptômes psychologiques et comportementaux de la démence» (SPCD). Lors d'une réunion de consensus en 1996, elle leur donne un statut propre. Ces symptômes peuvent être regroupés en 5 syndromes : psychose, agression, agitation psychomotrice, dépression et apathie. Ne pas traiter les SPCD expose à diverses conséquences négatives telles que l'institutionnalisation précoce ou la diminution de la qualité de vie du patient et des proches. Une évaluation fine et structurée sera donc nécessaire afin de réaliser un diagnostic précis et planifier un traitement approprié.

Chez les personnes présentant une démence, on observe régulièrement l'apparition de divers symptômes tels que l'agitation, la déambulation, l'hyperactivité, la désinhibition sexuelle, les troubles du sommeil, l'apathie, l'anxiété, la dépression, les hallucinations et bien d'autres manifestations est commune. Cette symptomatologie est en effet retrouvée chez environ un tiers des patients^{1,2}, et jusqu'à 90% de ceux-ci en maisons de soins³. Notons que la prévalence de ces SPCD varie en fonction du type de démence ainsi que du stade de la maladie⁴. Une étude épidémiologique a, par exemple, montré que les symptômes dépressifs se produisent plus fréquemment dans la démence vasculaire que dans la maladie d'Alzheimer, plus sujette quant à elle aux symptômes d'ordre psychotique (délire-hallucination)³. D'autres études ont montré que les SPCD se produisent soit graduellement, en fonction de la progression des troubles soit, plus couramment, pendant des périodes spécifiques du trouble démentiel. Par exemple, l'errance ou la déambulation se produisent chez 25 à 50% des



patients et apparaissent plus fréquemment dans la phase intermédiaire de la démence. Les symptômes psychotiques, quant à eux, sont plus fréquents à un stade avancé de la démence³. À noter enfin que la prévalence des symptômes d'agitation est graduelle en fonction de l'avancée de la maladie et peut atteindre un tiers des malades¹.

Ces complications de la maladie ne sont pas sans conséquence. Elles s'ajoutent aux difficultés rencontrées face au déclin cognitif et fonctionnel du patient et affectent négativement les relations entre le proche aidant, le patient et sa famille⁴. La qualité de vie ainsi que l'état de santé physique et psychique des aidants sont mises en jeu. Les conséquences des SPCD touchent également les soignants et peuvent affecter la qualité de la prise en charge ainsi que le pronostic fonctionnel de la maladie. Le risque d'institutionnalisation est également accru^a.

Dans ce contexte, une évaluation fine et structurée des SPCD sera nécessaire afin de réaliser un diagnostic précis et planifier un traitement approprié. Celui-ci offrira une possibilité d'alléger la souffrance du patient et de réduire le fardeau vécu par la famille et les aidants².

Évaluation des symptômes psychologiques et comportementaux

Les SPCD doivent faire partie intégrante de l'évaluation de la démence. Au plus tôt ils sont détectés, au plus tôt ils pourront être traités. L'impact négatif de ces troubles sur le patient et la structure sociale environnante en sera ainsi réduit². Cette évaluation devrait apprécier la présence de tous les problèmes comportementaux possibles et déterminer s'ils sont aigus ou chroniques, stables ou évolutifs dans le temps². Pour cela, on devra s'appuyer sur différentes sources de renseignements permettant de préciser les troubles : entretien avec le patient, observation du comportement du patient seul et lors des interactions sociales, informations provenant des aidants et des professionnels^a. La recherche des différents facteurs étiologiques (prédisposants et déclenchants) est également importante. Il s'agira ainsi de préciser les facteurs environnementaux (aidants, professionnel, entourage), somatiques (douleur, confusion, autres... nécessitant un bilan somatique) ainsi que neurobiologiques. Il faut aussi tenir compte de l'interaction possible entre ces différents éléments^a. Dans le cas

où les troubles persistent, il est recommandé de répéter l'évaluation clinique et étiologique à différents moments de la prise en charge (figure 1)^a.

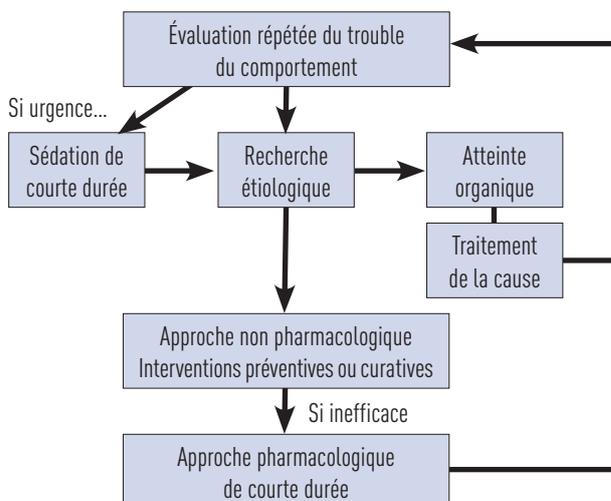


Figure 1 : arbre décisionnel de prise en charge d'un trouble du comportement.

Un certain nombre d'échelles ont été développées afin d'évaluer les SPCD. Il est recommandé d'utiliser des **outils d'évaluation standardisés**, plus spécifiquement lorsque le trouble persiste depuis quelques jours (HAS, 2009). Ceux-ci permettront d'aider à quantifier et qualifier les SPCD ainsi que de mieux comprendre leur impact sur la vie du patient et celle des proches². Les outils recommandés par l'HAS sont les suivants :

- le NPI (*Neuropsychiatric inventory*), qui évalue la fréquence et la sévérité des symptômes rencontrés les plus fréquemment au cours de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ;
- le CMAI (*Cohen-Mansfield agitation inventory*), qui évalue les comportements d'agitation (cris, déambulations, agressivité physique...).

Divers outils investiguant d'autres domaines (dépression, apathie...) sont également disponibles. Dans cette démarche diagnostique, il est fortement recommandé de favoriser la transmission des informations via un recueil écrit afin que l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale puisse y participer^a.

Interventions non pharmacologiques

Diverses méthodes thérapeutiques ont été développées pour la prise en charge des SPCD associés à la démence. Selon une revue de littérature systématique, l'efficacité des approches psychologiques dans cette indication est variable, certaines d'entre elles s'avérant efficaces, d'autres non⁵.

a. Selon un rapport de l'HAS 2009. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/alzheimer_troubles_comportement_perturbateurs_synthese.pdf

Thérapies centrées sur le patient

Malgré une disparité qualitative, les thérapies de **gestion du comportement**, centrées sur le comportement individuel du patient, ont permis de réduire les SPCD et cela pendant plusieurs mois. Ces approches consistent, par exemple, à utiliser la technique de relaxation musculaire progressive, telle la technique de Jacobson qui permet un relâchement musculaire avec détente physique et mentale par contraction-décontraction de certains muscles précis du corps. La «**token economy**» a aussi montré une certaine efficacité. Il s'agit d'une technique basée sur les principes du conditionnement opérant, qui permet le renforcement d'un comportement cible.

La **thérapie par stimulation cognitive** (technique renforçant différentes fonctions cognitives préservées permettant une activité spécifique) semble davantage faire la preuve de son efficacité⁵. Selon une étude, l'utilisation d'un programme de stimulation cognitive basé sur 14 séances impliquant divers sujets (utilisation de monnaie, jeux de mots, actualité et personnages célèbres) a permis de montrer une amélioration du MMSE ainsi que de la qualité de vie du patient⁶.

La **thérapie musicale** consiste à écouter de la musique durant certaines activités quotidiennes, jouer d'un instrument ou danser au rythme d'une mélodie. La **stimulation multisensorielle** (aussi appelée «**Snoezelen**») combine la relaxation et l'exploration des stimuli sensoriels comme la lumière, le son et le toucher. Elle se base sur une théorie selon laquelle les problèmes comportementaux résultent d'une privation sensorielle. Elle aurait un impact sur l'apathie dans les phases avancées de la démence⁷. Ces deux techniques apparaissent efficaces durant les séances mais aucun effet n'a été cependant observé sur le long terme. De plus, leur coût peut constituer un frein à leur utilisation.

Certaines données supportent également l'efficacité de la **thérapie comportementale** (thérapie résultant sur la répétition d'événements agréables en réduisant un comportement cible). Il en va de même pour la **thérapie de résolution de problème** qui consiste à résoudre un problème lié à une préoccupation spécifique de la part du proche aidant. Ces dernières permettraient de réduire la dépression chez les patients présentant une probable maladie d'Alzheimer et résidant à domicile avec un proche aidant.

Enfin, la **thérapie psychomotrice** (sport, exercices physiques) pourrait peut-être réduire l'agressivité chez des patients atteints d'une démence d'Alzheimer et résidant en maison de soin.

Diverses autres méthodes ont été proposées, mais sans éléments suffisants de preuve de leur efficacité à ce jour. Il s'agit, notamment, de la thérapie par

réminiscence, qui consiste à stimuler la mémoire du patient en rappelant des événements de sa vie à l'aide d'objets quotidiens qui font partie de son passé (outils, images, sons, etc.), et des activités thérapeutiques (activités variées telles que groupes de discussion, puzzles, tai-chi, relaxation...).

Thérapies centrées sur la famille et l'aidant

La **psychoéducation**, centrée sur le comportement des proches aidants, permet, quant à elle, d'obtenir un effet durable sur les SPCD en améliorant la compétence et la connaissance des proches à propos de la maladie. L'objectif est d'apporter aux aidants les outils indispensables qui permettent d'améliorer l'interaction avec le malade, à savoir, un support psycho-social, une meilleure connaissance des réactions à avoir face à un comportement et un contrôle optimisé du stress.

Par ailleurs, diverses interventions spécifiques visant la formation du personnel permettent de réduire les symptômes comportementaux ainsi que l'utilisation de la contention. Elles améliorent aussi les états affectifs. Bien que ces méthodes soient hétérogènes, le développement des compétences de communication du personnel ainsi que le renforcement de leurs connaissances sur la démence devrait en principe promouvoir l'amélioration de la gestion des SPCD⁵. Par contre, l'entraînement des proches dans des techniques de gestion de comportement n'a pas pu faire la preuve de son efficacité à cet égard.

Interventions pharmacologiques

La prise en charge pharmacologique des troubles du comportement devrait être réservée aux situations qui entraînent un risque pour le patient ou son entourage et où la détresse est intolérable pour le malade. Notons aussi que les approches comportementales doivent être maintenues en cas d'utilisation d'une médication.

Si les mesures non médicamenteuses bien conduites sont insuffisantes, les traitements médicamenteux peuvent être envisagés, mais toujours après une évaluation judicieuse de leur rapport bénéfice/risque. Il est primordial de cibler la cause ou les facteurs déclenchants. Si le patient est douloureux, un traitement antalgique efficace est une première étape nécessaire avant d'envisager le recours à un hypnotique. Si un traitement sédatif est prescrit, il doit l'être pour une durée brève, à posologie minimale efficace, et selon une hiérarchisation des prescriptions.



Antipsychotiques

Très rapidement prescrits lors de troubles du comportement, les neuroleptiques devraient constituer le premier choix en présence de symptômes psychotiques comme l'hallucination ou le délire. Cependant, leurs nombreux effets secondaires majoraient le risque de mortalité sans pour autant que leurs bénéfices soient évidents. À noter que les études cliniques à cet égard souffrent de limites méthodologiques et sont souvent de courtes durées⁸.

Antipsychotiques typiques

Les antipsychotiques typiques, tel l'halopéridol^b sont indiqués en cas d'agressivité. Leur usage n'a par contre pas été étudié dans les autres SPCD. Les **effets secondaires** des neuroleptiques constituent un frein à leur prescription. Ainsi, même à faible dose (1 à 5 mg), l'halopéridol^b est cause de syndromes extrapyramidaux et d'altération cognitive. Par voie intraveineuse, il allonge l'espace QT avec les risques cardiovasculaires que l'on connaît.

Tous les antipsychotiques ont été associés à un risque majoré d'accidents vasculaires cérébraux et cardiaques, ce risque étant probablement plus élevés pour l'halopéridol^b, et plus faible pour la quetiapine^c (voir ci-après)⁹.

Une **contre-indication particulière** est la démence à Corps de Lewy qui représente 15% des démences en gériatrie. Cette démence associe souvent hallucinations, troubles de la marche avec chutes, parkinsonisme et troubles cognitifs. Dans cette forme de démence, les neuroleptiques typiques sont très délétères, voire dangereux.

Antipsychotiques atypiques

Les quatre molécules de la famille des antipsychotiques atypiques les plus étudiées sont la clozapine^d, l'olanzapine^e, la risperidone^f et la quetiapine^c. Deux revues systématiques ont montré une efficacité qui reste toutefois modeste⁹. Une étude multicentrique double aveugle de 421 patients Alzheimer souffrant de psychose, d'attitude agressive ou d'agitation, a comparé l'olanzapine^e, la quetiapine^c, la risperidone^f et le placebo. Cependant, à 12 semaines, il n'y a eu que peu de changement au niveau de l'impression clinique globale dans chacun des 4 groupes¹⁰.

Les neuroleptiques atypiques semblent présenter moins d'**effets secondaires**, en tout cas si les doses restent faibles : syndromes extrapyramidaux, confusion, somnolence, chutes (voire agranulocytose pour la clozapine^d).

Les **doses recommandées** pour ces molécules seront les suivantes :

- ≤ 2,5 à 5 mg pour l'olanzapine^e ;
- ≤ 25 à 150 mg (en 2 x) pour la quetiapine^c ;
- ≤ 1 mg pour la risperidone^f.

Une fois les symptômes contrôlés, il est hautement recommandé de réduire, voire de stopper le traitement, et ce, malgré un risque de récurrence après 4 mois d'arrêt.

En cas de symptômes comportementaux liés à la **démence à Corps de Lewy**, la clozapine^d ou la quetiapine^c seront préférées, à très petites doses.

Anti-cholinestérases et mémantine

Les anti-cholinestérases (IAChE) sont plus connus pour leurs effets sur la cognition que sur les troubles comportementaux. Bien qu'une revue systématique de 2005 ait montré une efficacité significative sur la survenue des symptômes neuropsychiatriques, des analyses ultérieures ont constaté une absence de bénéfice lorsque les troubles sont installés⁸. Rappelons que, bien qu'étant d'autant plus fréquents que la maladie est évoluée, certains troubles comme l'agitation peuvent être le reflet d'inconfort, de douleur, de fatigue, de confusion, qui nécessiteront donc une approche spécifique.

En pratique, les IAChE seraient efficaces surtout sur la dépression, l'apathie et les comportements moteurs aberrants, tandis que la mémantine^g serait plus efficace sur l'agitation et l'irritabilité. Une revue récente de la littérature¹¹ a montré que seuls le donepezil^h et la galantamineⁱ amélioreraient le score NPI (voir ci-dessus).

Dans la **démence à Corps de Lewy**, les IAChE sont bien actifs, non seulement sur les troubles cognitifs, mais aussi sur les hallucinations. En effet, le déficit cholinergique est plus important dans cette forme de démence que dans la maladie d'Alzheimer. Face à ce type de symptôme, on préférera donc les IAChE aux neuroleptiques

Antidépresseurs

Le déficit sérotoninergique rencontré dans la démence de type Alzheimer contribuerait à l'apparition de comportement agressif voire de psychose. Des études ont donc été menées pour analyser les effets des **SSRI** (inhibiteurs sélectifs de la recapture sérotoninergique) sur les symptômes dépressifs et

b. Haldol®
c. Seroquel
d. Leponex®
e. Zyprexa®
f. Risperdal®

g. Ebixa®
h. Aricept®
i. Reminyl®

les troubles du comportement. À ce jour, seul, le citalopram^j a pu prouver une réduction de l'intensité des troubles comportementaux, et ce, au prix d'effets secondaires moindres qu'avec les neuroleptiques. Une réserve est toutefois à apporter avec le citalopram concernant les problèmes cardio-vasculaires rapportés récemment dans la littérature (dès lors préférer la sertraline^k). L'effet des SSRI sur la dépression elle-même reste quant à lui peu convaincant dans la démence. À noter qu'il faudra bien faire la différence entre dépression et apathie (état non rare dans la démence).

Les **antidépresseurs tricycliques** sont contre-indiqués en raison de leurs effets anticholinergiques, délétères à court terme sur l'état cognitif.

Les **antidépresseurs atypiques** comme la venlafaxine^l et le bupropion^m n'ont pas été étudiés dans la démence.

La **trazodone**ⁿ permet de réduire l'anxiété et les comportements agressifs, particulièrement durant la nuit. Cette molécule constitue un premier choix dans le cadre d'une démence fronto-temporale (agitation, déambulation, troubles du comportement alimentaire).

Sans être un antidépresseur, le **méthylphénidate**^o a montré un effet favorable sur l'apathie et la dépression avec amélioration du statut fonctionnel¹².

Anti-épileptiques

De par leurs propriétés thymorégulatrices, les anti-épileptiques ont été étudiés dans le traitement des troubles comportementaux. Pourtant, malgré la démonstration de son efficacité (à la dose de 300 mg/j) sur une population institutionnalisée avec démence sévère et agitation, la carbamazépine^p n'est pas recommandée dans le traitement des SPCD¹³. Il en va de même du valproate^q, malgré un effet positif sur l'agressivité, du fait de ses effets indésirables potentiels. La gabapentine^r et la lamotrigine^s, quant à elles, n'ont pas encore été suffisamment étudiées que pour des recommandations puissent être faites à leur sujet. En pratique, la prescription d'antiépileptiques sera réservée à des situations particulières et exceptionnelles.

j. Cipramil[®]

k. Serlain[®]

l. Efexor[®]

m. Wellbutrin[®]

n. Trazolan[®]

o. Concerta[®], Rilatine[®]

p. Tegretol[®]

q. Convulex[®], Depakine[®]

r. Neurontin[®]

s. Lambipol[®], Lamictal[®]

Benzodiazépines et mélatonine

Les indications des **benzodiazépines** sont limitées et leur usage n'est actuellement pas recommandé dans le traitement des SPCD. Si nécessaire, on choisira une molécule à courte durée d'action. Dans certaines situations aiguës intra-hospitalières, on peut éventuellement associer lorazepam^t et olanzapine^e en IM. En pratique, une benzodiazépine seule de courte durée d'action sera choisie.

La **mélatonine**^u semble améliorer le sommeil et les troubles thymiques liées à la démence¹⁴ surtout en association à la lumbinothérapie. Les effets de cette molécule sur l'agitation et la qualité du sommeil restent cependant encore incertains.

Quelques situations comportementales spécifiques

Apathie et dépression

L'**apathie** se définit par une baisse de motivation et se manifeste par une diminution d'intérêt pour la plupart des activités. Les proches observent souvent une diminution de la productivité, de la volonté et de l'initiative. Cette dernière est la plus fréquemment rapportée par les aidants : « Il ne fait rien de lui-même ». Le patient se replie sur lui-même, reste peu plaintif et c'est surtout la famille qui appelle au secours. L'apathie est le trouble du comportement le plus fréquent (48 à 92 %) dans la démence¹⁵.

La **dépression** se caractérise plus par des troubles de l'humeur avec dysphorie, anxiété, agitation, et psychosomatisme éventuelle. Des symptômes communs à l'apathie sont la perte d'anticipation, la fatigue, la perte d'initiative, la perte d'énergie, le désintérêt. Contrairement au patient apathique, le patient dépressif se plaint et est désireux de sortir de cet état. La dépression survient chez 33 à 50 % des malades¹⁶.

L'attitude première consiste à écarter une origine somatique (hypothyroïdie, cancer, maladie infectieuse, anémie, dénutrition, médication non appropriée...).

Si aucune cause organique n'est présente, l'**ap-proche non pharmacologique** reste de mise notamment le « snoezelen ». Les attitudes suivantes sont à conseiller à l'aidant ou soignant :

- tenter d'intéresser le malade à des activités (une à la fois) qu'il aimait faire ;
- s'assurer de sa participation sans l'accabler ou le culpabiliser ;

t. Temesta[®]

u. Circadin[®]



Classes médicamenteuses	Nom	Doses « gériatrique »	Indications	Effets indésirables	Remarques
Antipsychotiques	Olanzapine (Zyprexa®) Quetiapine (Seroquel®) Risperidone (Risperdal®) Haloperidol (Haldol®)	2,5 à 5 mg 25 à 125 mg 0,25 à 1 mg 1 à 5 mg	Hallucinations-délie Agitation/agressivité sévère	Majoration espace QT Syndrome extrapyramidal Hypotension orthostatique Prise de poids, dyslipidémie Syndrome malin des neuroleptiques Incidence accrue des AVC chez les patients déments	CONTRE-INDIQUÉ (sauf quetiapine) SI : - maladie de parkinson - maladie à Corps de Lewy
	Clozapine (Leponex®)	12,5 à 200 mg	Maladie à corps de Lewy si échec IAChE	Agranulocytose	Premier choix si : - maladie de Parkinson - maladie à corps de Lewy
Anticholinestérases - mémantine	Donepezil (Aricept®) Rivastigmine (Exelon®) Galantamine (Reminyl®) Mémantine (Ebixa®)	5 à 10 mg 4,5 à 13,3 mg 8 à 24 mg 10 à 20 mg	Alzheimer Maladie à Corps de Lewy (actif aussi sur hallucinations)	Nausées, vomissements, diarrhées Sudations profuses Bradycardie, trouble de conduction auriculo- ventriculaire Convulsions	Actions modestes sur certains troubles du comportement (apathie, dépression, agitation, irritabilité, comportement moteur aberrant)
Antidépresseurs	Sertraline (Sertain®) Citalopram (Cipramil®) Trazodone (Trazolan®) Venlafaxine (Efexor®)	25 à 100 mg 5 à 10 mg 50 à 200 mg 25 – 100 mg	Dépression Agitation Anxiété	Nausées, diarrhées Hémorragies digestives Céphalées, vertiges, insomnies Tremblements, chutes Allongement du QT (citalopram) Hyponatrémie (SIADH)	La sertraline reste le premier choix
	Trazodone (Trazolan®) Nortriptyline (Nortrilen®) Mirtazapine (Remergon®)	50 – 200 mg 10 – 50 mg 7,5 – 30 mg	Idem SSRI et SNRI Agitation, agressivité Perte de poids (mirtazapine)	Effets anticholinergiques Sédation, chute Priapisme (trazodone) Agranulocytose (mirtazapine)	
Antiepileptiques	Valproate (Depakine®)	125 – 500 mg	Agitation, agressivité	Nausées, vomissements, diarrhée Sédation, chutes Troubles hépatiques Encéphalopathie	
Benzodiazépines	Lorazepam (Temesta®) Lormetazepam (Loramet®) Clotiazepam (Clozan®) Oxazepam (Seresta®)	0,5 à 2,5 mg 1 à 2 mg 5 à 10 mg 15 – 30 mg	Anxiété Insomnie	Sédation, somnolence Confusion, troubles cognitifs Chutes Dépendance (sevrage) Réaction paradoxale (angoisse, agitation)	Utilisation fréquente mais sans support scientifique (à éviter)

Tableau 1 : approche pharmacologique des troubles du comportement.

- choisir des activités adaptables, qui peuvent être modifiées selon ses possibilités et ses besoins ;
- souligner l'activité et non le résultat de l'activité ;
- ne pas mettre en échec ;
- chercher à ce que le malade se sente apprécié et productif ;
- choisir une activité ne requérant pas nécessairement de participation active (écouter de la musique) ;
- aider à amorcer une activité sans forcer.

Les **médications** resteront peu actives dans ce trouble. Toutefois un essai par IAChE peut être tenté.

Les antidépresseurs ne seront proposés que si une dépression est suspectée, la préférence allant à la famille des SSRI. Le méthylphénidate°, quant à lui, ne devrait être prescrit qu'après décision concertée entre le généraliste et le spécialiste.

Délie et hallucinations

Les idées délirantes sont définies par la présence de convictions fausses, éventuellement d'ordre paranoïaque. Les hallucinations, par contre, sont

des perceptions inexactes relevant des sens : voir des objets inexistantes, sentir des odeurs, entendre des sons inexistantes, avoir un goût bizarre en bouche.

La première étape consiste toujours à écarter un problème organique éventuellement en cause, ou favorisant ces troubles psychotiques :

- troubles aigus, tels une déshydratation, une fièvre, une dénutrition ;
 - troubles chroniques tels un déficit auditif ou visuel, ou une pathologie cérébrale (tumeur, épilepsie...).
- À noter que tout état de confusion, même hors démence, peut s'accompagner de phénomènes psychotiques.

Si aucune cause organique n'est présente, l'**approche non pharmacologique** reste la première à proposer. Des conseils simples mais importants seront donnés à l'aidant ou soignant, portant sur deux aspects essentiels.

1. Éliminer ou minimiser tout facteur favorisant

- éclairage adéquat et suffisant ;
- alimentation et hydratation équilibrées ;
- environnement confortable (des personnes ou des environnements peu familiers peuvent être désorientants) ;
- horaires adaptés et réguliers (routines) ;
- environnement sécurisé (prévention des chutes).

2. Attitude générale

- déterminer si l'hallucination ou l'idée délirante est troublante pour le patient (si elle est agréable, peut-être ne rien faire à ce sujet) ;
- tenter de soulager le stress (par exemple, si le malade affirme que son sac a été volé, l'aider à le chercher ou essayer de le distraire en faisant autre chose) ;
- être attentif aux sentiments et pas au problème (ne pas contredire la personne mais reconnaître sa préoccupation) ;
- rester calme et rassurer ;
- dériver l'attention du patient vers des distractions familières (musique, exercices, jeu de cartes, photos).

Si la situation n'est pas gérable, la médication de premier choix reste l'antipsychotique, sauf dans la démence à corps de Lewy où l'on préférera un anti-cholinestérase, plus efficace et surtout moins toxique.

L'agitation et l'agressivité

Ces troubles du comportement peuvent être présents chez plus d'un tiers des malades¹. Ils sont beaucoup plus souvent d'ordre verbal (injures, cris) que physique (coups, morsures) et entraîneront souvent d'importants problèmes de prise en charge, que ce soit à domicile ou en institution.

Avant toute interprétation psycho-comportementale, il y a lieu d'**exclure une atteinte somatique**.

Une anamnèse et un examen clinique permettront par exemple d'écarter les affections suivantes : globe urinaire, fécalome, douleur (essayer un antidouleur n'est donc pas un non-sens), infection, phénomène central, déshydratation, ou effet secondaire médicamenteux. Ensuite, il est important de réaliser que c'est aussi l'incompréhension du malade face à ce qui l'entoure qui peut le rendre agressif (réflexe d'auto-défense). Ainsi, un changement d'environnement, une mauvaise interprétation d'un geste ou d'une parole peuvent engendrer une réaction inappropriée...

La première attitude est donc de comprendre au mieux la situation entourant le patient et de tenter d'agir par une **approche non pharmacologique**, afin de retrouver un environnement plus paisible pour le malade. Il sera ainsi conseillé aux aidants et soignants d'éviter toute attitude susceptible de majorer le problème, telles que : réactions brutales (voire contre-agressives), sollicitations incessantes, utilisation d'une contention, infantilisation, etc.

On privilégiera l'« humanité », l'approche humaine, la douceur, le calme, les techniques de « Validation » et la thérapie de gestion du comportement.

Il va de soi que parfois la **médication** reste nécessaire voire indispensable même si son efficacité reste mitigée. Mais elle sera d'une durée aussi brève que possible. On la choisira en fonction des symptômes dominants : antipsychotique en cas de phénomènes psychotiques, benzodiazépine de courte durée d'action en cas d'anxiété, SSRI ou trazodoneⁿ en cas d'attitude dépressive.

Les troubles du comportement alimentaire

La perte de poids peut survenir chez presque un quart des patients souffrant de maladie d'Alzheimer. Elle peut être la conséquence de comportements aberrants (résistance à s'alimenter, comportements sélectifs, troubles dyspraxiques et agnosie). À l'inverse mais plus rarement, certains vont être boulimiques avec prise pondérale. Lorsque la démence est très sévère, une perte d'appétit peut s'observer avec une dénutrition progressive entraînant des complications bien connues (chute, escarre, infection...)

En première approche, il faut **exclure une éventuelle cause somatique ou psychologique**, telle que la dépression, en particulier. Il faut également garder à l'esprit l'influence négative de la polymédication sur l'appétit. En particulier, les anti-cholinestérases peuvent occasionner des effets secondaires responsables d'une perte de poids (nausées, vomissements, diarrhées, perte d'appétit), et ce, en début de traitement. Au long cours, par contre, ils semblent être plutôt protecteurs par rapport à la perte pondérale¹⁷.



Troubles du comportement	Causes traitables à exclure au préalable	Approche non pharmacologique	Approche pharmacologique
Dépression	Effet secondaire médicamenteux Pathologie somatique (hypothyroïdie, cancer, maladie infectieuse, anémie)	Établissement d'une routine quotidienne avec action positive et agréable Psychothérapie Réminiscence	Antidépresseur (sertraline)
Apathie	Dénutrition, déshydratation Autres causes somatiques	Tenter d'amener le malade à une activité (adaptable) qu'il appréciait, en soulignant l'activité et non le résultat de celle-ci, sans mise en échec, en cherchant à ce qu'il se sente apprécié et productif (activité éventuellement passive : écoute de musique)	Anticholinestérase Antidépresseur (sertraline) si dépression ajoutée Méthylphénidate
Troubles psychotiques	Fièvre, dénutrition Pathologie cérébrale (tumeur, épilepsie...) Déficit auditif ou visuel Autres causes somatiques	Gestion de l'environnement : éclairage adéquat, confort, Horaire adapté, routines Laisser libre cours à une hallucination ou une idée délirante si elle n'est pas source de stress pour le malade Avoir une attitude ouverte et attentive, rassurante, sans tenter de contredire Proposer des activités familières (musique, exercice, jouer aux cartes, regarder des photos...)	Neuroleptique Anticholinestérase (maladie à corps de Lewy) Antidépresseur (SSRI)
Agitation – agressivité	Fièvre, déshydratation Globe, fécalome Autres causes somatiques	Avoir une attitude calme, non agressive Ne pas solliciter de façon incessante Éviter la contention, l'infantilisation Thérapie du gestion du comportement	Antipsychotique si délire ou hallucination associés (durée la plus courte possible !) Antidépresseur si dépression associée Benzodiazépine uniquement en cas d'anxiété majeure
Troubles du comportement alimentaire	Dépression Polymédication Anticholinestérase (en début de traitement) Cause somatique (ulcère gastrique...)	Approche multidisciplinaire (diététique, psychologique, etc.) Finger food	Mirtazapine (15 mg) Ne pas interrompre l'anticholinestérase s'il est pris depuis longue date

Tableau 2: approche résumée des principaux troubles du comportement dans la démence.

La **prise en charge** doit être pluridisciplinaire : thérapie comportementale, avis diététique avec ajustement de l'apport équilibré entre kilocalories et protéines, et adaptation des textures alimentaires. Au niveau pharmacologique, seul le traitement d'une éventuelle dépression semble pouvoir être efficace. Des molécules telles que l'acétate de megestrol et le dronabinol, non commercialisées en Belgique, ont été proposés. La mirtazapine^v semble apporter un bénéfice pour contrecarrer la perte de poids chez le patient Alzheimer et entrerait donc dans l'arsenal thérapeutique¹⁸.

Conclusions

Les symptômes psycho-comportementaux ne sont pas rares dans la démence. En dehors de l'inconfort pour le patient et l'aidant, ils contribuent à des modifications de vie pour le malade comme l'institutionnalisation. La première étape lors de troubles du comportement, consiste à rechercher une cause médicale (superposable aux problèmes confusionnels) nécessitant une prise en charge ciblée. Si une étiologie somatique est écartée, une approche non pharmacologique est à privilégier. En effet, les médicaments montrent une efficacité limitée et des effets secondaires non négligeables. Finalement, il reste à développer des projets d'études cliniques pour optimiser notre approche au service de nos patients.

v. Remergon®

Bibliographie

1. Gauthier S, Cummings J, Ballard C, Brodaty H, Grossberg G, Robert P, Lyketsos C. Management of Behavioural problems in Alzheimer's disease. *International psychogeriatric*, 2010; 22: 346-72.
<http://www.cmrr-nice.fr/doc/IP2010.pdf>
2. Rajesh, RT, Williamson D, Muralee S et al. Behavioral and psychological symptoms of dementia: Part I – epidemiology, neurobiology, heritability, and evaluation. *Clin Geriatr* 2011; 1-6.
http://medicine.yale.edu/intmed/geriatrics/fellowships/316_101893_BPSD_Part_1_ClinicalGeriatrics.pdf
3. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the cache county study on memory aging. *Am J Psychiatry*, 2000; 157: 708-14.
<http://psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3712/708.pdf>
4. Melo G, Maroco J, de Mendonça A. Influence of personality on caregiver's burden, depression and distress related to the BPSD. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011; 26: 1275-82.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21360590>
5. Livingston G, Johnston K, Katona C et al. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 1996-2021.
<http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=177856>
6. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2003; 183: 248-54.
<http://bjp.rcpsych.org/content/183/3/248.full>
7. Verkaik R, van Weert JC, Francke AL. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatr*. 2005; 20: 301-14.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15799081>
8. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 2005; 293: 596-608.
http://geriatrics.uthscsa.edu/educational/med_students/Antipsychotics%20in%20Elderly.pdf
9. Huybrechts KF, Gerhard T, Crystal S et al. Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study. *BMJ* 2012; 344: e977.
<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e977>
10. 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: 1525-38.
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa061240>
11. Tan CC, Yu JT, Wang HF et al. Efficacy and safety of donepezil, galantamine, rivastigmine, and memantine for the treatment of Alzheimer's Disease: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimer Dis* 2014; 41: 615-31.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24662102>
12. Padala PR, Burke WJ, Shostrom VK., et al. Methylphenidate for apathy and functional status in dementia of the Alzheimer type. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18: 371-4.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748112601997>
13. Tariot PN, Erb R, Podgorski CA., et al. Efficacy and tolerability of carbamazepine for agitation and aggression in dementia. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 54-61.
<http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=172656>
14. Cardinali DP, Furio AM, Brusco LI. Clinical aspects of melatonin intervention in Alzheimer's disease progression. *Curr Neuropharmacol*. 2010; 8: 218-27.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001215/>
15. Mega MS, Cummings JL, Fiorello T et al. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*. 1996; 46: 130-5.
<http://www.neurology.org/content/46/1/130.abstract>
16. Olin JT, Katz IR, Meyers BS, Schneider LS, Lebowitz BD. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: rationale and background. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002; 10: 129-41.
[http://www.ajgonline.org/article/S1064-7481\(12\)61338-4/abstract](http://www.ajgonline.org/article/S1064-7481(12)61338-4/abstract)
17. Guerin O, Andrieu S, Schneider SM et al. Characteristics of Alzheimer's disease patients with rapid weight loss during a six-year follow-up. *Clin Nutr* 2009; 28: 141-6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19232792>
18. Segers K, Surguin M. Can Mirtazapine counteract the weight loss associated with Alzheimer disease? A retrospective open-label study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2014; 28: 291-3.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22760168>