

1^{er} Congrès SF3PA
Société Francophone
de **Psychogériatrie** et de **Psychiatrie**
de la **Personne Âgée**

**Syndromes psycho-comportementaux de la
démence : quelle(s) populations
et quelle(s) stratégie(s) thérapeutique(s) ?**

Dr Claire DUMAS
Assistante spécialiste

CONFLIT D'INTÉRÊT

Absence de conflit d'intérêt

QUELLE POPULATION? EPIDÉMIOLOGIE

•**90% des patients vivant en EHPAD** présentent au moins une fois des troubles psycho-comportementaux.

•**75 % des patients admis en court séjour** avec troubles neurocognitifs présentent des troubles psycho-comportementaux, le plus fréquemment :

- agressivité,
- troubles du sommeil,
- anxiété.

Loi et al, Int Psychogeriatr, 2017, Sampson et al, Br J Psychiatry, 2014

QUELLE POPULATION? EVOLUTION

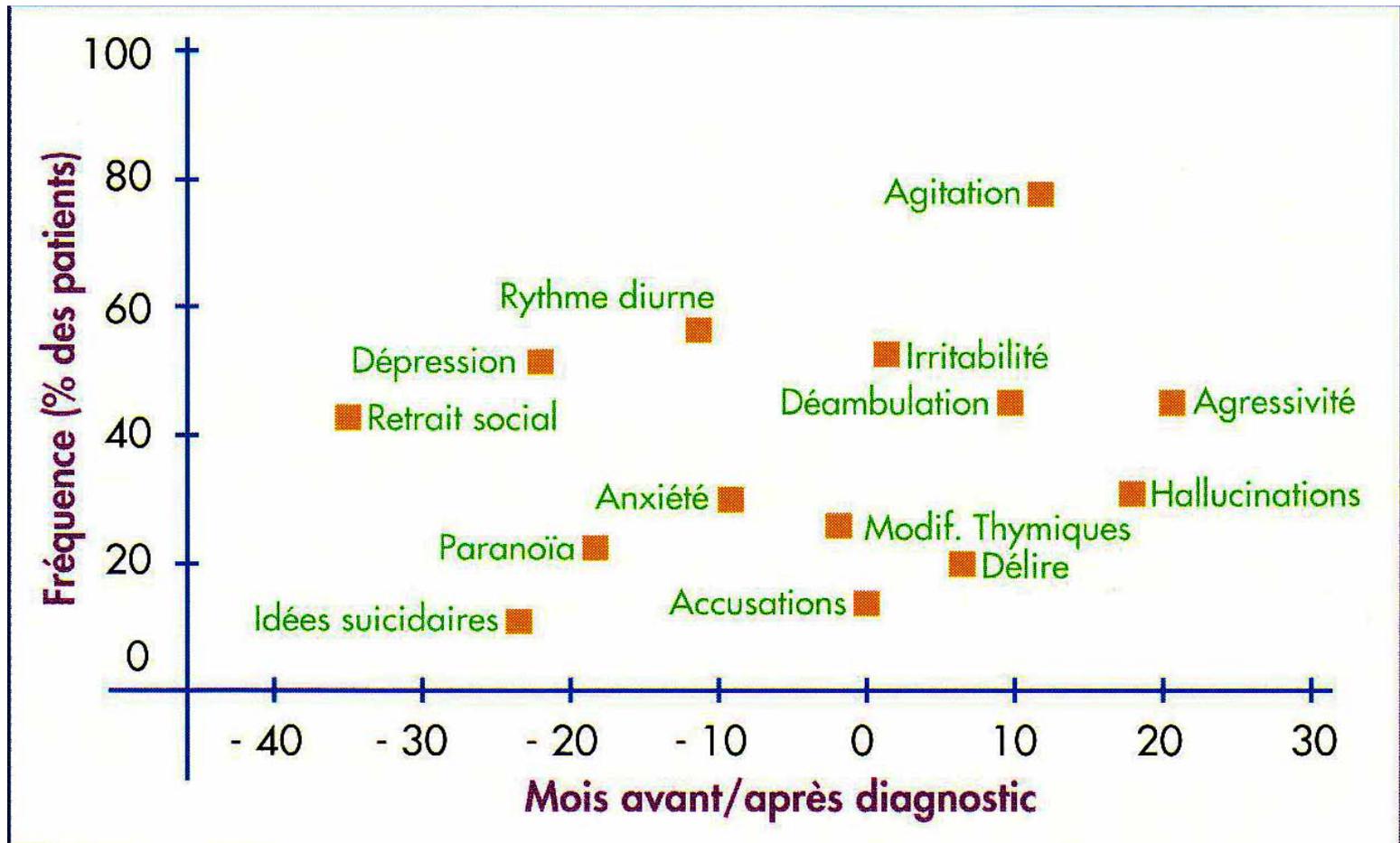
- **Persistance dans le temps** : 81% des patients ont toujours des troubles psycho-comportementaux 18 mois après le début des troubles,

- surtout apathie et hyperactivité.

- **Majoration dans le temps** des troubles psycho-comportementaux.

QUELLE POPULATION?

- Présents quelque soit le stade des troubles neurocognitifs,
- La sévérité des troubles psycho-comportementaux est influencée par :
 - La précocité d'apparition selon le stade des troubles neurocognitifs,
 - la sévérité des troubles neurocognitifs sous-jacents,
 - le type de troubles neurocognitifs (DFT et DCL vs MA),
 - le sexe masculin.



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

QUELLE POPULATION? CONSÉQUENCES

- ✓ Diminution de la qualité de vie,
- ✓ Perte d'indépendance fonctionnelle,
- ✓ Augmentation du déclin cognitif,
- ✓ Augmentation de la morbi-mortalité,
- ✓ Augmentation des recours aux soins, traitements / hospitalisations,
- ✓ Admission précoce en EHPAD,
- ✓ Augmentation des coûts,
- ✓ Diminution de la qualité de vie des aidants.

Philips et al, J Am Geriatr Soc, 2003, Kales et al, J Am Geriatr Soc, 2014, Haupt et al, Dementia and Geriatric Cognitiv Disorders, 2000, Moore et al, Journal of gerontology, 2001, Woods et al, Biological Research for nursing, 2002, Paulsen et al, Neurology, 2000, Finkel, International Journal of Geriatric Psychiatry, 2000

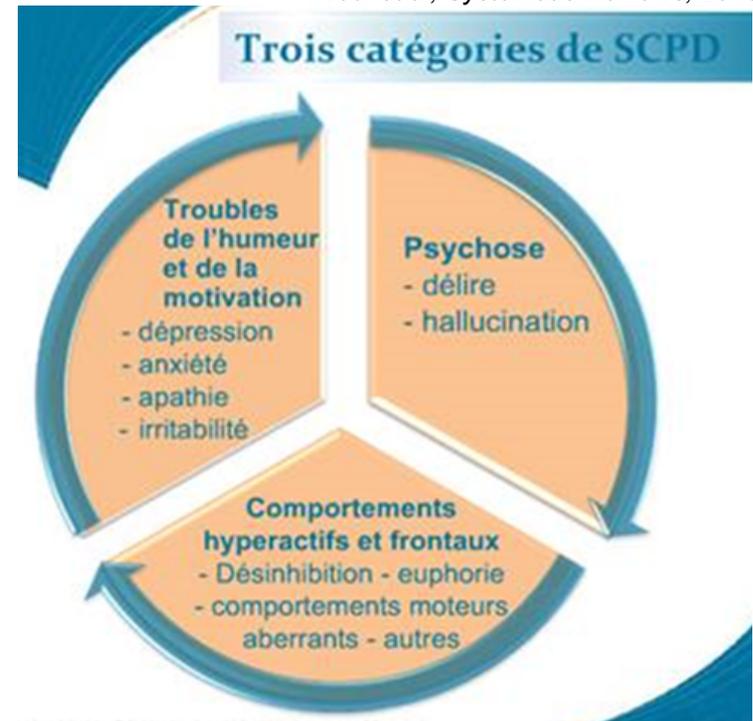
QUELLE POPULATION? CLINIQUE

« Behavioral and psychological symptoms of dementia » ou troubles psycho-comportementaux de la démence est un groupe de symptômes hétérogènes qui surviennent au cours des troubles neurocognitifs.

Trivedi et al, Systématique Reviews, 2013

4 profils cliniques

- **Hyperactivité** (Agitation, euphorie, désinhibition, irritabilité, comportement moteur)
- **Psychose** (Délire, hallucinations)
- **Affectivité** (Dépression, anxiété)
- **Apathie** (Apathie, sommeil, comportement alimentaire)



Camus et al, Annales médico-psychologiques, 2009, Aalten et al, Dement Geriatr Cogn Disord, 2007, Van der linde et al, Int J Geriatr Psychiatry 2014.

QUELLE POPULATION? TEST

Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

D'après Cummings, 1994

QUELLE PRISE EN CHARGE? GÉNÉRALITÉS

Inhibiteurs de l'acétyl-cholinestérase :

petit effet mais statistiquement
significatif,

Antipsychotiques atypiques :

petit effet mais statistiquement
significatif,

Antidépresseurs :
Efficacité contrastée.

<

Effets secondaires :

surtout pour les antipsychotiques et
les inhibiteurs de l'acétyl-
cholinestérase.



Balance bénéfico-risque négative
en faveur des moyens non médicamenteux

QUELLE PRISE EN CHARGE? GÉNÉRALITÉS

Les recommandations :

- **Prise en charge non médicamenteuse en premier lieu,**
- **Prise en charge médicamenteuse si :**
 - Echec de la prise en charge non médicamenteuse,
 - Mise en danger du patient ou de son entourage,
 - Symptômes invalidants,
 - = « Treat to target ».

QUELLE PRISE EN CHARGE? MOYENS NON MÉDICAMENTEUX

- Interventions fonctionnelles individualisées et musicothérapie : effet significatif mais de petite taille.
- Thérapie par réminiscence : peut améliorer l'humeur.
- Aromathérapie et luminothérapie : peu de données.
- Autres : art thérapie...

L'agitation est le profil le plus sensible aux interventions ; les soins centrés sur la personne et la formation aux techniques de communication peut réduire immédiatement l'agitation symptomatique et grave dans les établissements de soins et jusqu'à 6 mois après.

QUELLE PRISE EN CHARGE? MOYENS NON MÉDICAMENTEUX

Environnement : place des Unités Cognitivo-comportementales (UCC)

Communication, maître mot :

- ✓ S'identifier, s'assurer que l'on peut être entendu,
- ✓ Expliquer, quand, comment, une chose à la fois,
- ✓ Ton calme, débit lent,
- ✓ Eviter mots et ton négatif,
- ✓ Laisser un temps de réponse suffisant,
- ✓ Offrir des choix simples, un à la fois,
- ✓ Aider à trouver des mots, s'assurer que l'on ait bien compris.

PROFIL : PSYCHOSE

- 18% des patients présentant des troubles neurocognitifs sévères.
- Persistance des symptômes souvent associés à un déclin cognitif plus rapide.

Traitement :

- **Risperidone** 0,5-1 mg,
- Données manquantes pour olanzapine et quetiapine,
- **Rivastigmine** et **donezepil** : hallucinations dans la DCL.

Balance bénéfique risque souvent en faveur de la non prescription :

- Effets secondaires fréquents et majeurs,
- Le traitement doit être reconsidéré au maximum à 6 semaines même s'il est efficace.

PROFIL : HYPERACTIVITÉ

- 50% des patients atteints de troubles neurocognitifs modérés à sévères,
- 20% des patients présentent des symptômes sévères.

Le citalopram a montré une efficacité pour l'agitation.

Les antipsychotiques : efficacité limitée.

- Risperidone 0,5 mg-1 mg : effet sur agitation, en particulier l'agressivité.
- Halopéridol : intérêt pour agressivité.
- Olanzapine et la quétiapine : absence d'effet.

Le donépézil et la mémantine : pas d'efficacité clinique sur l'agitation, pouvant être par ailleurs un effet indésirable.

La mirtazapine pourrait être une molécule intéressante. Peu de données.

PROFIL : AFFECTIVITÉ

- 20% des patients présentant des troubles neurocognitifs sévères.

Les symptômes légers sont susceptibles de s'améliorer spontanément.

Efficacité controversée, après 6-13 semaines de traitement en termes :

- ✓ d'amélioration des échelles d'évaluation de la dépression,
- ✓ d'amélioration des fonctions neurocognitives,
- ✓ d'amélioration des activités de la vie quotidienne,
- ✓ d'effet sur la qualité de vie.

Effets secondaires +.

Hypothèse d'une neurochimie différente d'où une probable moins bonne réponse au traitement.

PROFIL : APATHIE

L'un des plus fréquents et des plus persistants.

Indication aux interventions qui augmentent l'activité.

Pas de traitement efficace.

CONCLUSION

Population hétérogène et symptomatologie plurielle,

Force des moyens non médicamenteux p/r aux moyens médicamenteux en regard de la balance bénéfice/risque, surtout pour agitation.

Communication

Formation et soutien des aidants

Formation et soutien des professionnels

Environnement

Merci de votre attention

1^{er} Congrès SF3PA
Société Francophone
de Psychogériatrie et de Psychiatrie
de la Personne Âgée

**Syndromes psycho-comportementaux de la
démence : quelle(s) populations
et quelle(s) stratégie(s) thérapeutique(s) ?**

Dr Claire DUMAS

Assistante spécialiste

cdumas@chu-besancon.fr