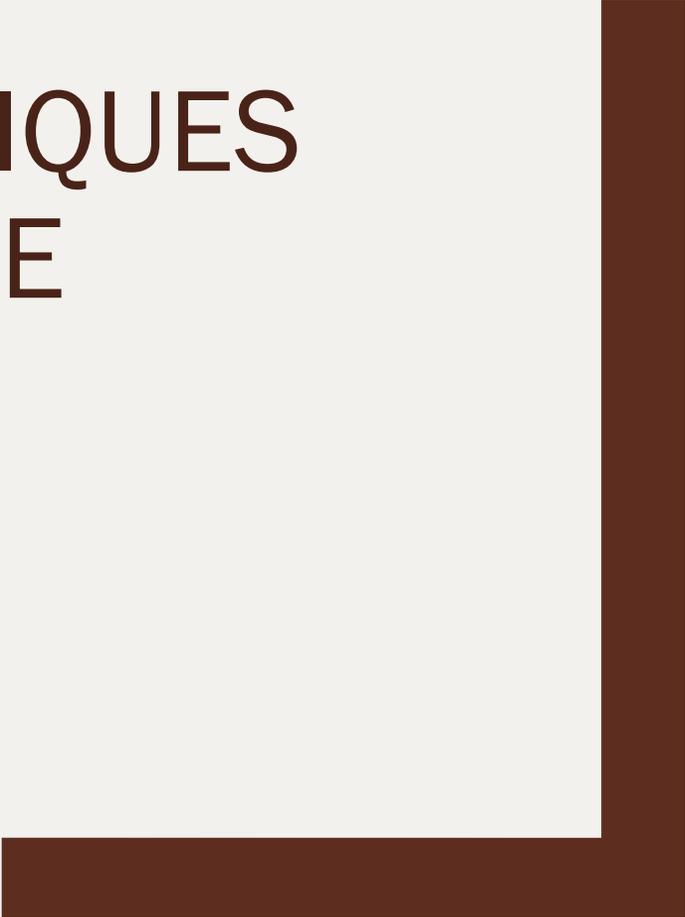




SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES DANS LA DÉMENCE

Hadi FAIZ, psychiatre
EMPSA 92 Nord, Île de France



Plan



Quelques situations cliniques



Liens entre psychose et démence



Caractéristiques des symptômes
psychotiques dans la démence



Prise en charge

Quelques situations cliniques

■ Mme B, 66 ans

- MDV: Divorcée. Vit en EHPAD depuis avril 2017.
- ATCD **psychiatriques**:
 - Délire de persécution, avec HAV, en 2009.
 - Plusieurs H° en psychiatrie. Plusieurs essais d'AD et AP.
 - Plus stable en 2015/2016. Troubles mnésiques alors au 1^{er} plan. Bilan complet permettant de poser le dg de DTA.
- ATCD **médico-chirurgicaux**: **MA**, hypothyroïdie, TVP, néphrectomie, cholécystectomie
- À l'entretien:
 - **Plainte d'asthénie. Syndrome dépressif d'intensité modérée, d'amélioration récente.**
Contexte de décès récent d'une amie de l'EHPAD et d'arrêt du traitement AD quelques mois avant.
 - **Idées de vol** rapportées par l'équipe. La patiente explique que les femmes de ménage déplacent certaines affaires de la chambre, qu'elle n'arrive plus à retrouver ensuite. Préoccupations ne semblant pas envahissantes.
- PEC **proposée** :
 - Asthénie pouvant être un symptôme résiduel de l'épisode dépressif. Envisager un bilan somatique si elle persiste. Recontacter l'équipe si besoin.

Quelques situations cliniques

■ Mme L, 91 ans

- **MDV:** Vit seule en appartement. Veuve, sans enfant. Sous tutelle. A travaillé comme mannequin, styliste et agent photographe.
- **ATCD psychiatriques:** RAS
- **ATCD médico-chirurgicaux:**
 - Troubles cognitifs. Bilan de dépistage 2018: MMSE 15/30, Horloge 1/7, Dubois 9/10, BREF 8/18.
 - HTA non traités, DMLA, FESF, cataracte, cancer du sein traité (1995)
- **À l'entretien:**
 - **Idées délirantes de vol et de persécution** mal systématisées: des objets de son domicile auraient été volés, sa tutrice lui aurait volé des documents administratifs et de l'argent, son voisin écouterait ses conversations à travers le mur...
 - **Illusions et sensations de présence:** sent la présence de quelqu'un dans la pièce, ou perçoit une forme dans le lit. **Hallucinations visuelles** (personnages, formes...). Phénomènes bien supportés et accessibles à la critique.
 - **Symptomatologie anxiodépressive d'intensité modérée:** asthénie, anxiété, perte d'envie, sentiment de solitude, perte d'appétit, troubles du sommeil, idées suicidaires occasionnelles.
- **PEC proposée :**
 - Traitement médicamenteux: antipsychotique atypique (quetiapine)
 - Poursuite du bilan en HDJ gériatrique. Hypothèse: **DCL?**
 - Finalement la patiente sera hospitalisée, suite à un appel des voisins.

Quelques situations cliniques

■ Mme T, 79 ans

- **MDV:** Vit seule. Célibataire, sans enfant. Parents et frère décédés. A travaillé comme secrétaire.
- **ATCD psychiatriques:** RAS
- **ATCD médico-chirurgicaux:** HTA, surdité non appareillée
- **À l'entretien:**
 - **Hallucinations acoustiques et cénesthésiques:** Entend continuellement le bruit de la machine à laver de sa voisine du dessus. A l'impression que le sol tremble par moments. Sentiment de préjudice sans réelle idée délirante de persécution, mais pas de réelle critique non plus.
 - **Symptomatologie anxiodépressive d'intensité modérée:** humeur triste mais réactive, symptomatologie anxieuse au premier plan (nervosité, fatigue, palpitations, ruminations, difficultés d'endormissement), idées d'autodévalorisation...
 - **Troubles cognitifs:** discours décousu, parfois peu clair, difficultés de concentration, troubles mnésiques (ex: oublis de clés)...
 - Entassement d'objets au domicile
- **PEC proposée :**
 - Bilan en HDJ gériatrique. CCL: troubles dysexécutifs et mnésiques, réévaluation à distance de l'épisode dépressif. => **MCI/MBI**
 - Appareillage auditif
 - Traitement médicamenteux: antidépresseur (sertraline)
 - Nette amélioration ++. Meilleur moral. Mise à distance des hallucinations.

Quelques situations cliniques

■ M. B. 87 ans

- **MDV:** Vit en EHPAD. Célibataire, sans enfant. Décès de son compagnon il y'a plusieurs années. A travaillé comme vendeur.
- **ATCD psychiatriques:**
 - TDR ayant débuté vers 45-50 ans. Suivi psychiatrique libéral. Pas d'ATCD d'H° ou de TS.
 - Symptomatologie psychotique ayant débuté en 2017. Notion de TTT par risperidone puis olanzapine + mirtazapine
- **ATCD médico-chirurgicaux:**
 - Troubles cognitifs. Dernier bilan en 2018: MMSE 27/30, Dubois 10/10, BREF 7/18, horloge échouée. TDM cérébral sans particularité notable.
 - Syndrome parkinsonien atypique. CCL cs neuro en 2017: possiblement 2nd à la prise de psychotropes.
 - HTA, cardiopathie ischémique, IC, HBP, arthrose, ostéoporose, fractures rachis bassin fémur, cataracte opérée
- **À l'entretien:**
 - **Hallucinations acoustico-verbales et olfactives:** des personnes le traitent de « pédé », une personne en voiture dans la rue lui diffuse des messages (pour ses RDV), des gaz sont émis dans sa chambre la nuit, un QG émet des messages au dessus de son appartement..
 - **Idées délirantes de persécution et de référence :** des individus font irruption dans sa chambre pour voler ses affaires et le violer, un ancien agent nazi lui veut du mal, une infirmière lui veut du mal, un film serait tourné dans l'EHPAD le ciblant lui, il est surveillé, on parle de lui à la tv..
 - **Fabulations** (plus marquées aux RDV suivants): il aurait plusieurs appartements, le directeur aurait donné son accord pour son départ, un protecteur (avocat, chauffeur...) l'aiderait dans ses démarches, sa sortie de l'établissement serait prévue le lendemain...
 - **Symptomatologie dépressive d'intensité sévère:** humeur triste, perte de plaisir partielle, troubles du sommeil, idées suicidaires
- **PEC, depuis environ 1 an :**
 - Plusieurs essais de TTT antidépresseurs et antipsychotiques. Pb d'observance, de tolérance ou d'efficacité.
 - Refus de PEC à l'hôpital (n'est pas monté dans l'ambulance...)
 - Amélioration du moral mais persistance des fabulations (augmentation même), idées délirantes et hallucinations.
 - **Diagnostic?**

Quelques situations cliniques

■ M. M, 67 ans

- **MDV:** Vit avec sa mère de 92 ans. Célibataire, sans enfant. A une sœur. Travaillait dans les assurances.
- **ATCD psychiatriques:**
 - Suivi psychiatrique libéral, interrompu >10 ans. TTT par orap, largactil.
 - Psychiatre contacté par tél: vécu de persécution ancien, « relation symbiotique à la mère ». Pas de diagnostic de trouble bipolaire ou de schizophrénie.
- **ATCD médico-chirurgicaux:** opération AAA, syndrome parkinsonien à l'origine d'une perte d'autonomie majeure ++
- **À l'entretien:**
 - **HAV:** on le traite de « pédé », on lui dit qu'il a un cancer
 - **Hallucinations visuelles:** voit des animaux, voit son MG (bien supportées)
 - **Vécu de persécution/idées hypochondriaques** lors des situations de stress ou de frustration
 - **Anxiété ++,** intolérance à la frustration, impulsivité, agressivité verbale
- **PEC :**
 - Suivi CMP. Essais TTT AD et AP, efficacité difficile à évaluer, état clinique fluctuant +++.
 - Orientation vers HDJ gériatrique. MMSE 29/30. Pas d'autre test réalité. TDM c RAS.
 - PEC complexe : perte d'autonomie, nombreux arrêts des services d'aides à domicile, M. refuse l'hospitalisation, refuse de voir son MG, ne prend pas bien ses traitements, mauvaise communication entre les intervenants et avec la sœur...
 - Finalement hospitalisé en psychiatrie, suite à un passage aux urgences. Orientation en service spécialisé en cours
 - Hypothèse dg: **MP avec symptômes psychotiques?**



LIENS ENTRE PSYCHOSE ET DÉMENCE



REVIEW

Psychosis and dementia: risk factor, prodrome, or cause?

Corinne E. Fischer^{1,2,3} and Luis Agüera-Ortiz^{4,5}

¹Keenan Research Centre for Biomedical Research, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada

²Institute of Medical Sciences, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

³Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, University of Toronto, Canada

⁴Department of Psychiatry & Instituto de Investigación Sanitaria (imas12), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain

⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM

REVUE DE LA LITTÉRATURE

LES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ET LE RISQUE DE DÉMENCE

- Étude de Kohler et al. (2013)
 - 11 916 sujets de > 65 ans, sans démence, suivis à 2, 6 et 10 ans
 - 13,4% avaient des symptômes de nature psychotique
 - Plus mauvais fonctionnement cognitif
 - Déclin cognitif plus rapide à 6 ans, notamment dans les fonctions non mnésiques
 - Risque quasi 3x plus élevé de démence
 - augmentant avec le nombre de symptômes psychotiques
 - Indépendamment du fonctionnement cognitif de base, du niveau de dépression, d'anxiété et des FDR vasculaires
- Données soutenant le concept de « Mild Behavioural Impairment » (MBI)

REVIEW

Psychosis and dementia: risk factor, prodrome, or cause?

Corinne E. Fischer^{1,2,3} and Luis Agüera-Ortiz^{4,5}

¹Keenan Research Centre for Biomedical Research, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada

²Institute of Medical Sciences, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

³Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, University of Toronto, Canada

⁴Department of Psychiatry & Instituto de Investigación Sanitaria (imas12), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain

⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM

REVUE DE LA LITTÉRATURE

LES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES DANS LA DÉMENCE

- Fréquence dans la maladie d'Alzheimer: 1/3 à 1/2 des patients (Fischer and Sweet, 2015)
- Fréquence probablement plus élevée dans la **démence à corps de Lewy** et la **maladie de Parkinson**: environ 1/2 des patients (Fischer and Sweet, 2016)
- Les symptômes psychotiques sont probablement plus rares dans la **démence fronto-temporale**

REVIEW

Psychosis and dementia: risk factor, prodrome, or cause?

Corinne E. Fischer^{1,2,3} and Luis Agüera-Ortiz^{4,5}

¹Keenan Research Centre for Biomedical Research, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada

²Institute of Medical Sciences, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

³Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, University of Toronto, Canada

⁴Department of Psychiatry & Instituto de Investigación Sanitaria (imas12), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain

⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM

REVUE DE LA LITTÉRATURE

LES TROUBLES PSYCHOTIQUES ET LE RISQUE DE DÉMENCE

■ SCHIZOPHRÉNIE

- Revue de la littérature de Shah et al. (2012)
 - 12 études montrant un déclin cognitif / 8 n'en retrouvant pas
 - Étude de cohorte danoise de Ribe et al. (2015)
 - > 2.8 millions de personnes > 50 ans, dont 20 683 individus ayant une schizophrénie
 - *Risque > 2x de démence, de toute cause, y compris après ajustement sur les comorbidités médicales (MCV, diabète...)*
- Résultats contradictoires
- Mécanisme inconnu
 - Hypothèse : la schizophrénie causerait un vieillissement accéléré

REVIEW

Psychosis and dementia: risk factor, prodrome, or cause?

Corinne E. Fischer^{1,2,3} and Luis Agüera-Ortiz^{4,5}

¹Keenan Research Centre for Biomedical Research, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada

²Institute of Medical Sciences, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

³Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, University of Toronto, Canada

⁴Department of Psychiatry & Instituto de Investigación Sanitaria (imas12), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain

⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM

REVUE DE LA LITTÉRATURE

LES TROUBLES PSYCHOTIQUES ET LE RISQUE DE DÉMENCE

■ SCHIZOPHRÉNIE À DÉBUT TARDIF

- La plupart des études suggèrent que les déficits cognitifs ne sont pas progressifs
- Mais un suivi plus long pourrait révéler qu'une proportion importante de ces patients développent une démence
 - Étude de Brodaty et al. (2003)
 - Pas de risque augmenté de démence à 1 et 2 ans
 - Risque augmenté à 5 ans, avec 47,4% des sujets ayant une démence

REVIEW

Psychosis and dementia: risk factor, prodrome, or cause?

Corinne E. Fischer^{1,2,3} and Luis Agüera-Ortiz^{4,5}

¹Keenan Research Centre for Biomedical Research, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada

²Institute of Medical Sciences, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

³Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, University of Toronto, Canada

⁴Department of Psychiatry & Instituto de Investigación Sanitaria (imas12), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain

⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM

REVUE DE LA LITTÉRATURE

LES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES ASSOCIÉS AUX MCI (« Mild Cognitive Impairment »)

- **Prévalence probablement sous estimée** (les troubles psychotiques à début tardif sont un critère d'exclusion dans la plupart des études sur les MCI)
 - Étude de Van der Mussele et al. (2014)
 - 270 patients avec une MA, 420 avec un MCI
 - Les symptômes neuropsychiatriques, par ordre de fréquence
 - Chez les patients avec MA: agitation, dépression, psychose
 - Chez les patients avec MCI: dépression, psychose, agitation
- **La présence de symptômes neuropsychiatriques dans les MCI est associée à un risque augmenté de démence** (Modrego et Ferrandez, 2004; Palmer et al., 2007)

REVIEW

Psychosis and dementia: risk factor, prodrome, or cause?

Corinne E. Fischer^{1,2,3} and Luis Agüera-Ortiz^{4,5}

¹Keenan Research Centre for Biomedical Research, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada

²Institute of Medical Sciences, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

³Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, University of Toronto, Canada

⁴Department of Psychiatry & Instituto de Investigación Sanitaria (imas12), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain

⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM

REVUE DE LA LITTÉRATURE

ÉVOLUTION CLINIQUE

- Chez les sujets ayant une MA, ceux ayant des symptômes psychotiques ont un pronostic péjoré: perte d'autonomie, déclin cognitif plus rapide, épuisement des aidants, troubles du comportement, institutionnalisation précoce, décès (Peters *et al.*, 2015; Fischer and Sweet, 2016).
- Études suggérant des données similaires chez les sujets présentant un MCI
- Études suggérant que la psychose est associée à un déclin cognitif plus rapide chez les patients présentant MA/MCI, même avant son début (Weamer *et al.* 2009 ; Emanuel *et al.*, 2011)
 - Psychose => effet neurotoxique sur le cerveau?
 - Psychose <= reflet d'un cerveau sévèrement perturbé?

ISTAART-AA MBI Criteria

- 1** Changes in behavior or personality observed by patient or informant or clinician, starting later in life (age \geq 50) and persisting at least intermittently for \geq 6 months. These represent clear change from the person's usual behavior or personality as evidenced by at least one of the following:
 - a.** Decreased motivation (e.g. apathy, asponaneity, indifference)
 - b.** Affective dysregulation (e.g. anxiety, dysphoria, changeability, euphoria, irritability)
 - c.** Impulse dyscontrol (e.g. agitation, disinhibition, gambling, obsessiveness, behavioral perseveration, stimulus bind)
 - d.** Social inappropriateness (e.g. lack of empathy, loss of insight, loss of social graces or tact, rigidity, exaggeration of previous personality traits)
 - e.** Abnormal perception or thought content (e.g. delusions, hallucinations)

- 2** Behaviors are of sufficient severity to produce at least minimal impairment in at least one of the following areas:
 - a.** Interpersonal relationships
 - b.** Other aspects of social functioning
 - c.** Ability to perform in the workplace

The patient should generally maintain his/her independence of function in daily life, with minimal aids or assistance.

- 3** Although co-morbid conditions may be present, the behavioral or personality changes are not attributable to another current psychiatric disorder (e.g. generalized anxiety disorder, major depression, manic or psychotic disorders), traumatic or general medical causes, or the physiological effects of a substance or medication.

- 4** The patient does not meet criteria for a dementia syndrome (e.g., Alzheimer's dementia, frontotemporal dementia, dementia with Lewy bodies, vascular dementia, other dementia). Mild Cognitive Impairment (MCI) can be concurrently diagnosed with Mild Behavioral Impairment.

	YES	NO	SEVERITY		
<i>This domain describes interest, motivation, and drive</i>					
Has the person lost interest in friends, family, or home activities?	Yes	No	1	2	3
Does the person lack curiosity in topics that would usually have attracted her/his interest?	Yes	No	1	2	3
Has the person become less spontaneous and active – for example, is she/he less likely to initiate or maintain conversation?	Yes	No	1	2	3
Has the person lost the motivation to act on their obligations or interests?	Yes	No	1	2	3
Is the person less affectionate and/or lacking in emotions when compared to her/his usual self?	Yes	No	1	2	3
Does she/he no longer care about anything?	Yes	No	1	2	3
<i>This domain describes mood or anxiety symptoms</i>					
Has the person developed sadness or appear to be in low spirits? Does she/she have episodes of tearfulness?	Yes	No	1	2	3
Has the person become less able to experience pleasure?	Yes	No	1	2	3
Has the person become discouraged about their future or feel that she/he is a failure?	Yes	No	1	2	3
Does the person view herself/himself as a burden to family?	Yes	No	1	2	3
Has the person become more anxious or worried about things that are routine (e.g. events, visits, etc.)?	Yes	No	1	2	3
Does the person feel very tense, having developed an inability to relax, or shakiness, or symptoms of panic?	Yes	No	1	2	3

<i>This domain describes the ability to delay gratification and control behavior, impulses, oral intake and/or changes in reward</i>					
Has the person become agitated, aggressive, irritable, or temperamental?	Yes	No	1	2	3
Has she/he become unreasonably or uncharacteristically argumentative?	Yes	No	1	2	3
Has the person become more impulsive, seeming to act without considering things?	Yes	No	1	2	3
Does the person display sexually disinhibited or intrusive behaviour, such as touching (themselves/others), hugging, groping, etc., in a manner that is out of character or may cause offence?	Yes	No	1	2	3
Has the person become more easily frustrated or impatient? Does she/he have troubles coping with delays, or waiting for events or for their turn?	Yes	No	1	2	3
Does the person display a new recklessness or lack of judgement when driving (e.g. speeding, erratic swerving, abrupt lane changes, etc.)?	Yes	No	1	2	3
Has the person become more stubborn or rigid, i.e., uncharacteristically insistent on having their way, or unwilling/unable to see/hear other views?	Yes	No	1	2	3
Is there a change in eating behaviors (e.g., overeating, cramming the mouth, insistent on eating only specific foods, or eating the food in exactly the same order)?	Yes	No	1	2	3
Does the person no longer find food tasteful or enjoyable? Are they eating less?	Yes	No	1	2	3
Does the person hoard objects when she/he did not do so before?	Yes	No	1	2	3
Has the person developed simple repetitive behaviors or compulsions?	Yes	No	1	2	3
Has the person recently developed trouble regulating smoking, alcohol, drug intake or gambling, or started shoplifting?	Yes	No	1	2	3

<i>This domain describes following societal norms and having social graces, tact, and empathy</i>				
Has the person become less concerned about how her/his words or actions affect others? Has she/he become insensitive to others' feelings?	Yes	No	1	2 3
Has the person started talking openly about very personal or private matters not usually discussed in public?	Yes	No	1	2 3
Does the person say rude or crude things or make lewd sexual remarks that she/he would not have said before?	Yes	No	1	2 3
Does the person seem to lack the social judgement she/he previously had about what to say or how to behave in public or private?	Yes	No	1	2 3
Does the person now talk to strangers as if familiar, or intrude on their activities?	Yes	No	1	2 3
<i>This domain describes strongly held beliefs and sensory experiences</i>				
Has the person developed beliefs that they are in danger, or that others are planning to harm them or steal their belongings?	Yes	No	1	2 3
Has the person developed suspiciousness about the intentions or motives of other people?	Yes	No	1	2 3
Does she/he have unrealistic beliefs about her/his power, wealth or skills?	Yes	No	1	2 3
Does the person describe hearing voices or does she/he talk to imaginary people or "spirits"?	Yes	No	1	2 3
Does the person report or complain about, or act as if seeing things (e.g. people, animals or insects) that are not there, i.e., that are imaginary to others?	Yes	No	1	2 3

CARACTÉRISTIQUES DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS LA DÉMENCE





THÈMES

- Thèmes souvent en lien avec l'environnement physique et social immédiat de la personne
- Contenu souvent pauvre et limité
- Mêlant parfois des événements du passé, des éléments présents ou empruntés à la télévision et des composantes imaginaires

- Thèmes fréquents: persécution, vol, imposteur, jalousie, spoliation, abandon, hypocondrie...

Les idées de persécution

Persecutory delusions: a cognitive perspective on understanding and treatment » (Daniel Freeman PhD, University of Oxford, The Lancet Psychiatry)



- Au centre: la conviction d'une menace, que les autres vont nuire à la personne
- FDR génétiques et environnementaux (abus, pauvreté, alcool, manque de soutien social...)
- 6 processus qui entretiennent ces croyances:
 - **Les préoccupations**, qui amènent et maintiennent des idées effrayantes peu vraisemblables à l'esprit
 - **Les croyances négatives sur soi**, qui augmentent le sentiment de vulnérabilité
 - **Les expériences anormales** (ex: anomalies perceptuelles, états dissociatifs, état interne perçu comme anormal...)
 - **Les troubles du sommeil** -> augmentent les émotions négatives et leur dysrégulation, accentuent les perceptions anormales, limitent les ressources cognitives...
 - **Les biais de raisonnement** : manque de flexibilité cognitive, « jumping to conclusions », moindre usage du raisonnement analytique

Les idées de persécution



Les idées de vol

Understanding the Delusion of Theft (Mary V. Seeman, Department of Psychiatry, University of Toronto, Psychiatr Q, 2018)

Les idées de vol sont associées à :

- **Des déficits cognitifs**
 - Plutôt dans les stades précoces de la démence
 - Phénomène de compensation servant à protéger l'estime de soi et apporter du soulagement
- **Des déficits sensoriels**
 - Troubles visuels -> difficultés à retrouver les objets, à reconnaître les personnes...
 - Troubles auditifs -> difficultés à entendre une personne entrer dans la pièce....
- **La dépression**
 - Thématique de perte dans la dépression: perte de contrôle de liberté, d'espoir, de certains aspects de son identité... et des biens chéris
- **Des expériences passées et présentes**
 - Aidant perçu comme ne faisant pas suffisamment attention, ou malveillant
 - Dénier du déménagement en institution -> recherche d'objets rattachés à la maison
 - Autres: sentiments de solitude et d'insécurité, inactivité, insomnie, perception de sons indistincts, exposition à des personnes non familières...



Les troubles de l'identification

A) Fausse reconnaissance de son propre reflet qui est identifié comme celui d'un frère jumeau (autoprosopagnosie). B) Tentative vaine de toucher la personne derrière la vitre (agnosie du miroir, signe de Ramachandran et Binkofski).



	TABLEAU 1	Exemples de troubles de l'identification	
Fausse reconnaissance		Reconnaissance de personnes inconnues du malade et méconnaissance systématique de ses proches	
Erreurs d'identité (syndrome de Fregoli)		L'individu se sent persécuté par une autre personne qui change régulièrement d'apparence	
Troubles de la reconnaissance de sa propre image		L'individu ne reconnaît pas son reflet dans le miroir	
Paramnésies réductives		L'individu pense qu'un lieu a été dupliqué à plusieurs endroits	
Erreurs d'interprétation		L'individu est persuadé d'être secrètement l'objet du désir de quelqu'un	
Syndrome de Capgras		Identification d'un sosie	

Les troubles de l'identification

A) Fausse reconnaissance de son propre reflet qui est identifié comme celui d'un frère jumeau (autoprosopagnosie). B) Tentative vaine de toucher la personne derrière la vitre (agnosie du miroir, signe de Ramachandran et Binkofski).



- ❑ **Déficits neuropsychologiques associés:**
 - Prosopagnosie (reconnaissance de visages)
 - Agnosie topographique (de lieux ou monuments)
 - Asomatognosie (de parties du corps)
 - Autoprosopagnosie (de soi)

- ❑ Hypothèse d'une **déconnexion entre l'image visuelle temporelle** de la personne ou de l'objet, d'une part, et, d'autre part, de **sa représentation mentale limbique affective associée**, issue de l'amygdale

Les idées de jalousie

« Clinical features of delusional jealousy in elderly patients with dementia » (Hashimoto et al., 2015)

Étude sur 208 patients ayant une démence, avec époux/se

- 8,7% (18 sujets) présentaient un délire de jalousie
- 26,3% des patients avec DCL présentaient un délire de jalousie
 - Proportion significativement plus élevée que chez les patients avec MA
 - La plupart avaient des hallucinations visuelles portant sur l'infidélité
- Chez 10 des 18 sujets, le MMSE était > 20
- Le délire était précédé par le début de problèmes de santé sérieux chez 44% des patients (soit 8). Les époux, au contraire, étaient tous en bonne santé, sauf un.
 - Cela rejoint les théories psychologiques du délire de jalousie qui accordent un rôle central à l'estime de soi basse et aux sentiments d'insécurité et infériorité
- Pronostic plutôt bon dans cette étude
 - Disparition du délire de jalousie dans l'année suivant le traitement chez 83% des patients



Table 1. Demographics of Demented Patients With and Without Delusional Jealousy

Characteristics	Delusional Jealousy Group (n = 18)	Non-Delusional Jealousy Group (n = 190)	P Value
Age, mean (SD), y	77.4 (5.6)	76.9 (8.2)	.81
Male/female, n/n	9/9	95/95	1.00
Education, mean (SD), y	10.1 (2.7)	10.9 (2.9)	.29
Presence of other people living with the couple, n (%)	6 (33)	92 (48)	.22
MMSE score, mean (SD)	18.7 (5.9)	17.5 (6.8)	.47

Abbreviation: MMSE = Mini-Mental State Examination.

Table 2. Number of Patients With Coexisting Psychiatric Symptoms and Violence

	Dementia With Lewy Bodies (n = 10)	Alzheimer's Disease (n = 7)	Vascular Dementia (n = 1)	Total (N = 18)
Hallucinations				
Visual	8	0	0	8
Auditory	1	1	0	2
Delusions				
Misidentification	8	0	0	8
Theft	2	0	0	2
Persecution	2	2	0	4
Depression	2	1	0	3
Violence	6	5	0	11

Table 3. Period Between Initiation of Therapy and Disappearance of Delusional Jealousy^a

	Dementia With Lewy Bodies (n = 10)	Alzheimer's Disease (n = 7)	Vascular Dementia (n = 1)	Total (N = 18)
1-3 months	3	3	1	7
4-12 months	4	4	0	8
Intractable	3	0	0	3

^aValues represent the number of patients (n).

MÉCANISMES

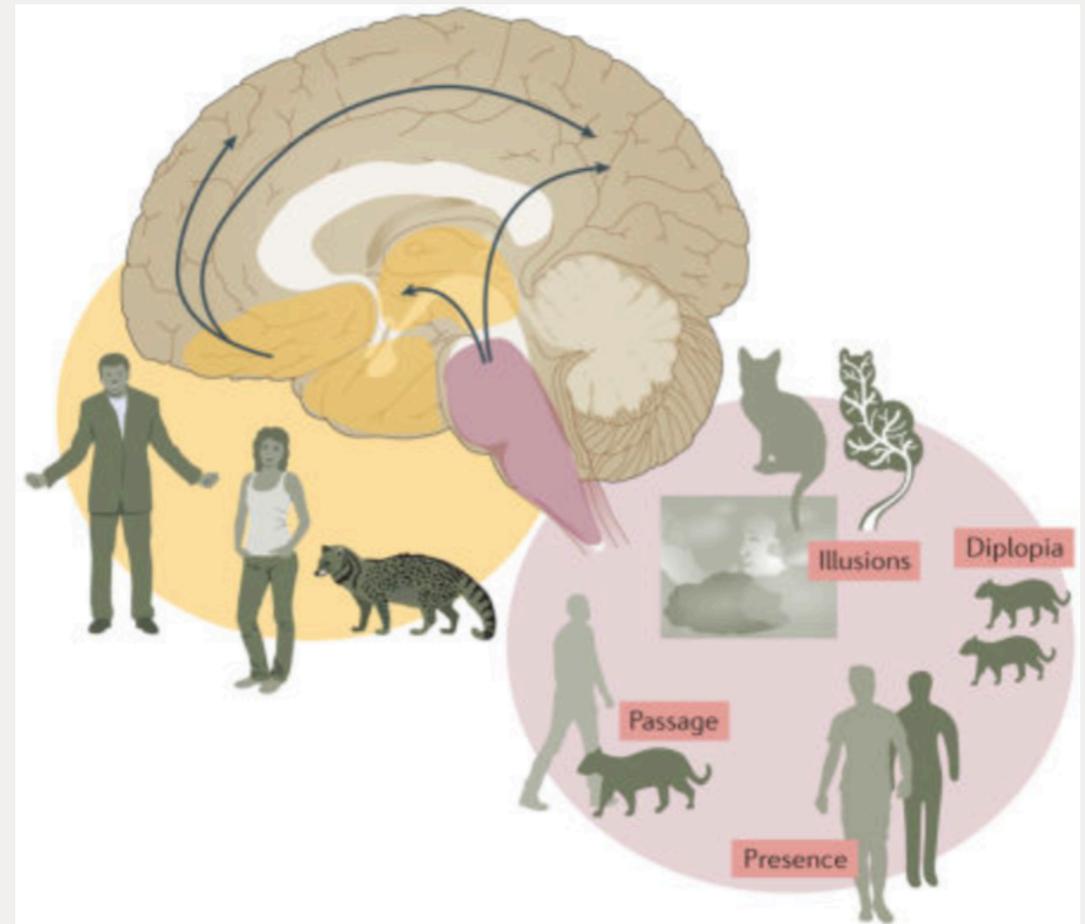
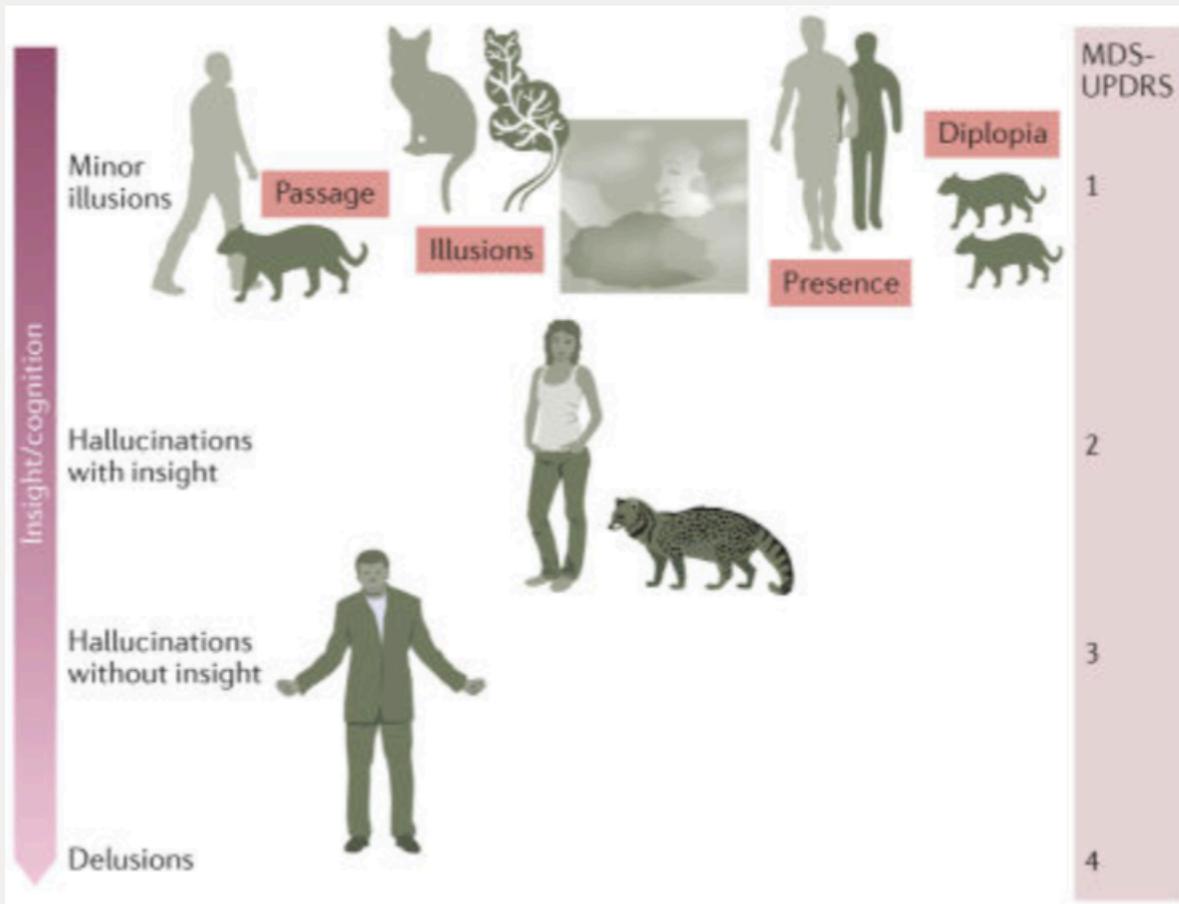


- Multiples: interprétation, intuition, imagination, hallucination, illusion, sensation de présence...
- Il est souvent difficile de distinguer les idées délirantes d'interprétations erronées ou de fabulations (élaboration de fictions pour compenser les oublis)
- Il est parfois difficile de distinguer illusion, perception erronée et hallucination

MÉCANISMES



- Illusions, sensations de présence ou de passage, hallucinations visuelles
 - Dans la maladie de Parkinson et la démence à corps de Lewy
 - Les différences de délais d'apparition et de FDR des hallucinations mineures et des hallucinations visuelles sont en lien avec la progression des corps de Lewy du tronc cérébral jusqu'au cortex cérébral (*Ffytche et al., 2017*)



MÉCANISMES



- Fabulations
 - Associées à:
 - Des troubles mnésiques
 - Des troubles dysexécutifs
 - Une confusion du contexte temporel
 - Mais ces facteurs ne sont pas suffisants pour expliquer la survenue de fabulations
 - Rôle des facteurs psychologiques ++
 - Hypothèse de la dysrégulation émotionnelle (Turnbull and Salas, 2016)
 - Les troubles dysexécutifs (inhibition, fluence verbale) perturbent la régulation des souvenirs chargés émotionnellement
 - Les fabulations ont une composante émotionnelle positive/souhaitable, servant à moduler l'expérience émotionnelle (dont le contrôle cognitif est compromis)
 - L'expérience subjective positive associée aux confabulations va jouer un rôle dans la perpétuation du déséquilibre entre le contrôle cognitif et l'émotion



PARTICIPATION AFFECTIVE

➤ Variable ++

The impact of psychotic symptoms on the persons with dementia experiencing them (Cohen-Mansfield et al., 2015)

Étude auprès des aidants familiaux de 74 personnes âgées > 65 ans avec un diagnostic de démence

- Près de la moitié des **idées délirantes** causaient un inconfort, alors qu'environ **40%** étaient bien supportées
- Les idées d'**abandon**, de **danger** et d'**infidélité** étaient associées à un **plus grand inconfort** que les autres idées délirantes
- 44% des ceux disant qu'ils n'étaient pas dans leur maison, et 31% déclarant avoir été volés n'étaient pas dérangés par cela
- **64%** des personnes ayant des **hallucinations visuelles et/ou auditives** rapportaient **se sentir bien** durant l'hallucination



PARTICIPATION AFFECTIVE

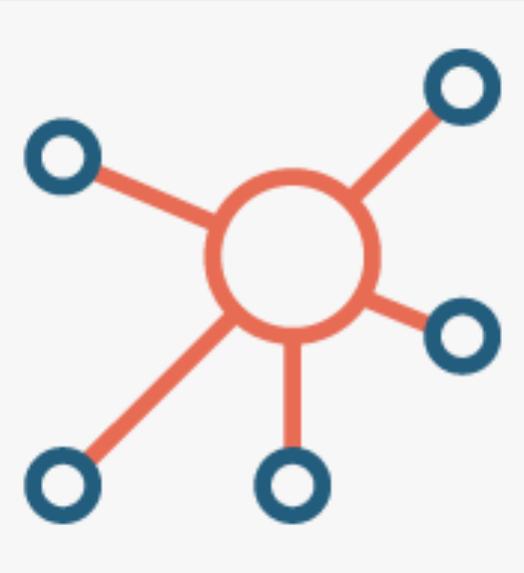
- Liens entre émotions et psychose ++
 - Les émotions négatives favorisent la survenue de perceptions erronées (*Watanabe et al., 2018*)
 - Les fabulations (et peut-être les idées délirantes) pourraient servir à moduler l'état émotionnel (*Turnbull and Salas, 2016*)
 - Il se pourrait que les personnes expriment parfois un sentiment plutôt qu'une conviction, ce qui expliquerait le peu de réaction à certaines idées délirantes (*Cohen-Mansfield et al., 2015*)

ADHÉSION



- Variable
- Souvent partielle
 - Il se pourrait que les personnes expriment parfois un sentiment plutôt qu'une conviction, ce qui expliquerait le peu de réaction à certaines idées délirantes
- Par ailleurs, les idées délirantes dans la démence sont souvent pas complètement infondées, ne sont pas totalement résistantes au changement, sont parfois peu pénibles et peu préoccupantes...
 - Certains auteurs questionnent le fait même de parler de symptômes psychotiques pour ces sujets

SYSTÉMATISATION



- Souvent peu structuré
- Et fluctuant, modulé par l'environnement, les évènements, les affects...

PRISE EN CHARGE



Consensus d'expert

Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: an international Delphi consensus

Helen C. Kales,^{1,2,3} Constantine G. Lyketsos,⁴ Erin M. Miller¹ and Clive Ballard⁵

¹Program for Positive Aging, Department of Psychiatry, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, USA

²Department of Veterans Affairs, HSR&D Center for Clinical Management Research (CCMR), Ann Arbor, Michigan, USA

³Geriatric Research, Education and Clinical Center (GRECC), VA Ann Arbor Healthcare System, Ann Arbor, Michigan, USA

⁴Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Johns Hopkins Bayview and Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA

⁵University of Exeter Medical School, Exeter, UK

Table 5. Consensus on the current treatment of psychosis

	% AGREEMENT ACROSS PANEL WITHIN +/-1 RANK SCORE	RANK
Thorough assessment and management of underlying causes	100%	1
Risperidone	100%	2

Table 6. Consensus on emerging and experimental pharmacological treatments for psychosis

FUTURE PHARMACOLOGICAL TREATMENT FOR PSYCHOSIS	% AGREEMENT ACROSS PANEL WITHIN +/-1 RANK SCORE	RANK
Pimavanserin	100%	1
Citalopram	100%	2

Rechercher les causes sous-jacentes

Rethinking Psychosis in Dementia: An Analysis of Antecedents and Explanations

Jiska Cohen-Mansfield, PhD^{1,2,3}, Hava Golander, PhD, RN^{3,4},
and Rinat Cohen, MA^{1,3}

American Journal of Alzheimer's
Disease & Other Dementias®
1-7
© The Author(s) 2017
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1533317517703478
journals.sagepub.com/home/aja


- Étude qualitative
- Entretiens auprès des aidants familiaux de 67 personnes âgées de plus 65 ans ayant un diagnostic de démence, vivant au domicile.
- Analyse des données comprenant l'examen approfondi des antécédents, des conséquences, des descriptions et des explications données aux idées délirantes.
- Regroupement de l'ensemble des explications émergentes au sein de groupes et sous-groupes, puis recodage des entretiens suivants la liste de thèmes et sous-thèmes.

Rechercher les causes sous-jacentes

Rethinking Psychosis in Dementia: An Analysis of Antecedents and Explanations

Jiska Cohen-Mansfield, PhD^{1,2,3}, Hava Golander, PhD, RN^{3,4}, and Rinat Cohen, MA^{1,3}

American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®
1-7
© The Author(s) 2017
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1533317517703478
journals.sagepub.com/home/aja
SAGE

Table 1. Distribution of Explanations for Delusions by Main Categories (n).*

		Type of Delusion					Total
		Home	Theft	Threat	Misidentification	Other	
	Number of delusions	36	22	11	13	22	104
General Explanation Category	Specific Explanation of Delusion Subcategory						
The environment	The delusion was grounded in reality	7	6	1	0	1	15
	Significant environmental change	10	2	1	1	0	14
	Caregiver's behavior	0	1	1	0	0	2
The person	Unmet needs	6	0	3	0	4	13
	Personality of the PwD	1	3	0	0	2	6
	Past experiences	7	5	2	2	6	22
Dementia	Negative feelings	6	4	4	3	4	21
	Memory problems causing the person not to find belongings	0	9	0	0	0	9
	Superiority of distant past over the recent past	1	0	1	5	1	8
	Disorientation	16	1	2	6	13	38
Total		54	31	15	17	31	148

*Some delusions have multiple explanations.

Sur le plan psychologique

- **Sens souvent aisé à repérer**, en relation avec des événements de vie générant une anxiété importante (décès d'un voisin, séparation d'un proche), et/ou en lien avec une incompréhension de la situation, ou de l'intentionnalité d'autrui
- **Réaction défensive contre une réalité menaçante**
- **Phénomène d'adaptation par la création d'une « néoréalité »**
 - « Néoréalité » mélangeant des éléments subjectifs et objectifs (« la maman », le compagnon imaginaire...)
 - Réorganisation qui amène à une stabilisation de la vie psychique
- **Modulation d'une expérience émotionnelle**, dont le contrôle cognitif est compromis
- **Dimension de fuite** pour épargner la prise de conscience plus douloureuse de la détresse actuelle
- Permet de **donner du sens à des ressentis complexes ou des perceptions anormales**

Approche non médicamenteuse



Prendre en charge les conséquences des symptômes psychotiques

- Évaluer l'ensemble des **SPCD**, notamment l'agitation, l'agressivité
- Évaluer le **risque physique** pour le sujet (chute, déshydratation, malnutrition...)
- Prendre en compte les **conséquences sur l'entourage**: stress, hétéro-agressivité
- **Sécuriser l'environnement** (les fenêtres, les escaliers...)



Mettre en place des stratégies suite à l'identification des facteurs favorisants

- Toujours prendre en compte les **facteurs somatiques**, notamment la confusion, la douleur, la iatrogénie, les déficits sensoriels
- Rechercher les **facteurs liés à** :
 - la **démence**
 - l'**environnement**
 - la **personne**



Tenter de comprendre et respecter les mécanismes de défense

Consensus d'expert

Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: an international Delphi consensus

Helen C. Kales,^{1,2,3} Constantine G. Lyketsos,⁴ Erin M. Miller¹ and Clive Ballard⁵

¹Program for Positive Aging, Department of Psychiatry, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, USA

²Department of Veterans Affairs, HSR&D Center for Clinical Management Research (CCMR), Ann Arbor, Michigan, USA

³Geriatric Research, Education and Clinical Center (GRECC), VA Ann Arbor Healthcare System, Ann Arbor, Michigan, USA

⁴Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Johns Hopkins Bayview and Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA

⁵University of Exeter Medical School, Exeter, UK

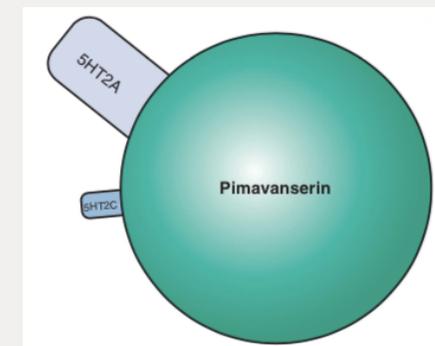
Table 5. Consensus on the current treatment of psychosis

	% AGREEMENT ACROSS PANEL WITHIN +/-1 RANK SCORE	RANK
Thorough assessment and management of underlying causes	100%	1
Risperidone	100%	2

Table 6. Consensus on emerging and experimental pharmacological treatments for psychosis

FUTURE PHARMACOLOGICAL TREATMENT FOR PSYCHOSIS	% AGREEMENT ACROSS PANEL WITHIN +/-1 RANK SCORE	RANK
Pimavanserin	100%	1
Citalopram	100%	2

Approche médicamenteuse



- **Traitements antipsychotiques:** efficacité modeste et effets secondaires ++
 - Risperidone : AP pour lequel il existe le plus de données
 - Clozapine : efficacité dans la DCL et la démence parkinsonienne
 - Recommandations de l'APA (2016):
 - « when symptoms are severe, are dangerous, and/or cause significant distress to the patient »
 - « reviewing the clinical response to nonpharmacological interventions prior to... »
 - « the potential risks and benefits from antipsychotic medication (should) be assessed by the clinician and discussed... »

- **Traitements antidépresseurs:**
 - Citalopram: ECR montrant une efficacité similaire à la risperidone dans le traitement de l'agitation et de la psychose dans la démence

- **Traitement « prometteur »:** pimavanserin (AP)
 - Études récentes suggèrent une efficacité sur les symptômes psychotiques, notamment dans MP et DCL
 - Meilleur profil de tolérance, en termes d'aggravation des symptômes moteurs, syndrome malin des neuroleptiques, hypotension orthostatique, risque d'AVC, de chute, fatigue, complications hématologiques
 - Accord de la FDA en Avril 2016 pour le traitement de la psychose dans la maladie de Parkinson

CONCLUSION



Conclusion

- Les symptômes psychotiques sont très fréquents dans la démence
- Les tableaux cliniques sont souvent sous tendus par des manifestations affectives
- **Faut-il utiliser le terme de psychose?**
 - Risque de réduire le comportement de la personne à une symptomatologie psychiatrique grave, ce qui peut empêcher d'en comprendre la véritable signification
- D'autre part, on retrouve aussi des états psychotiques plus francs associés à la démence, nécessitant une médication
- **Nécessité de développer des approches plus ciblées sur le type de symptomatologie présentée et sa sévérité**