



# SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX DES DÉMENCES

**Dr Audrey DOUTONE**

**Gériatre – Praticien hospitalier**

**Unité Cognitivo-Comportementale (UCC)**

**Equipe Mobile Maladie d'Alzheimer (EMMA)**

**CH des Charpennes**

02/03/2018

# Généralités

- Fréquents, fluctuants, présents à tous les stades
- Font partie intégrante du processus morbide
  - Les symptômes non cognitifs font partie des critères diagnostiques des MNCD du DSM 5
  - Présentations /évolution différentes selon les étiologies
- Conditionnent
  - la perte d'autonomie
  - le maintien à domicile
- Principal facteur contributif au fardeau de l'aidant (avant le déclin cognitif ou fonctionnel)

# Epidémiologie

- 84 % MA légère et 92,5 % sujets MA modérée présentent un SCPD au moins au score NPI.
- A votre avis quel est le SCPD le plus fréquent dans la MA ?

# Un enjeu dès les premiers stades de la maladie ?



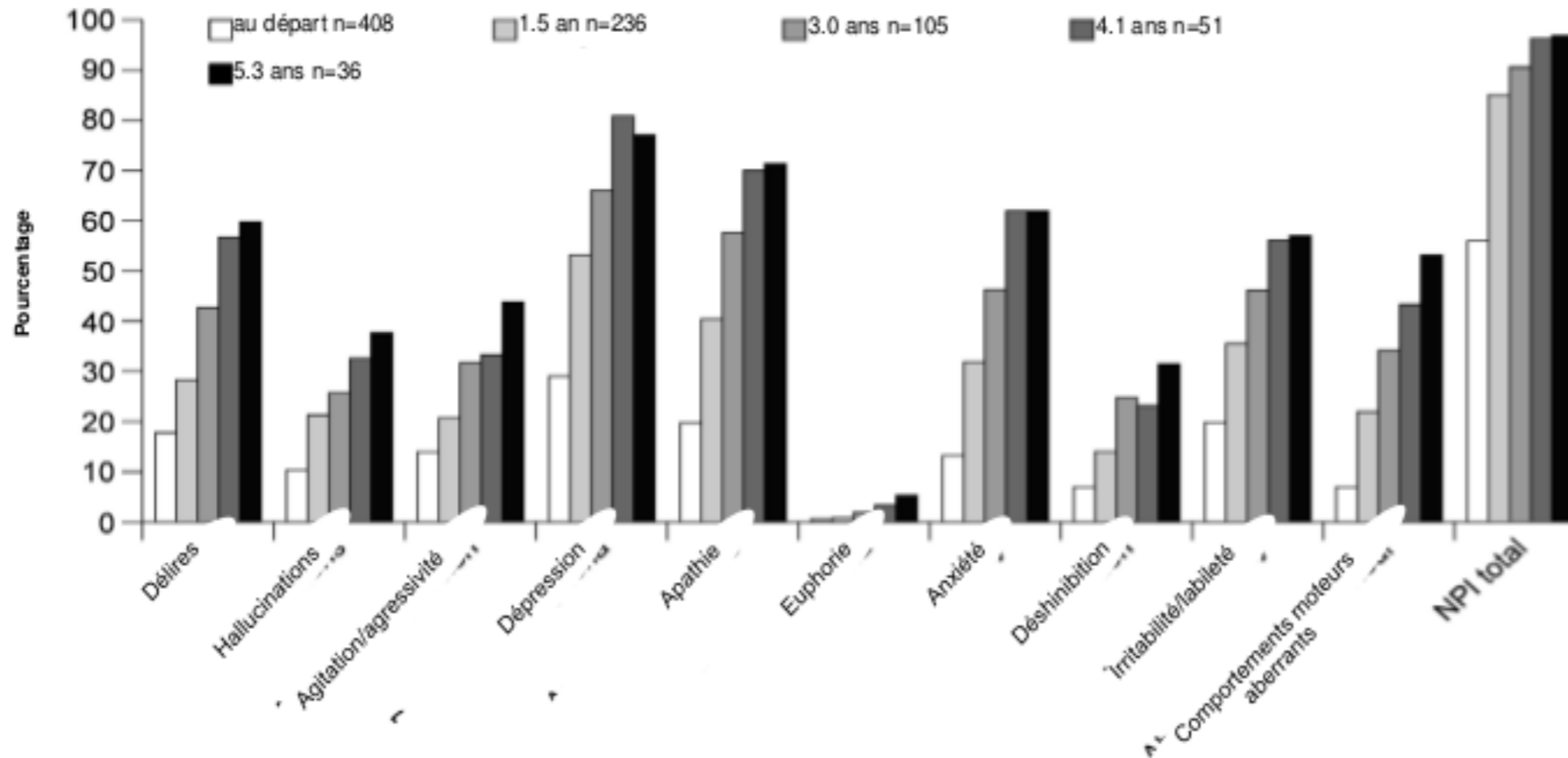
## Frequency of BPSD in AD

	REAL.FR		ALSOLVA (Fin)		NH (Norv)		EDAC (Esp)	EADC (CEE)	ICTUS (CEE)			Cache County (US)	
n	233	449	81	159	895 (BL) 278 (Fup)		491		587	608	182	328 (BL) 84 (fup4)	
CDR	0.5	>0.5	0.5	1 ou 2					0.5	1	2_3		
NPI					>=4	>=4	>=1	>3	>=4	>=4	>=4	>0	>0
delusion	5.6	21.8	17.3	25.2	23	18	16.1	19.4	3.8	10.1	19.2	15	41
hallucination	2.2	9.1	16	15.1	14	8	5.5	9.1	0.9	3.2	12.6	5	24
agitation	32.2	39.9	23.5	32.7	27	34	23	31.1	9.4	16.8	27.5	10	30
depression	31.8	42.3	32.1	39.6	22	21	43.8	36.7	18.4	24	33	26	41
anxiety	38.2	44.5	28.4	24.5	22	18	31.2	37	15.8	21.9	29.1	13	29
euphoria	3.9	8.7	4.9	6.3	6	6	9	4.9	2.6	2.7	6.6	0.6	2
apathy	40.3	60.6	49.4	47.2	29	38	51.3	55.2	18.6	38.9	48.3	17	57
desinhibition	7.3	12.9	18.5	12.6	21	27	15.1	9.5	3.6	5.5	7.7	7	24
irritability	30	39.9	33.3	34.6	29	38	36.7	32.1	14.4	19.1	23.2	17	25
AMB	12.9	26.5	16	20.1	20	26	18.9	27.5	4.8	13.3	21.4	8	26
Sleep	17.6	13.1	11.1	15.3	19	15		19.5	9.8	13.7	22.8		
appetite	21.5	22.3	22.2	27.7	15	20		21.8	7.4	14.7	22.5		



surtout symptômes  
apathie > anxiété > dépression

# Les SPCD augmentent avec l'évolution de la maladie



Prévalence sur 5 ans de symptômes à l'échelle NPI dans l'étude Cache County Study (Steinberg et coll., 2008).

# Conséquences des SPCD

- Constituent un problème majeur pour les patients, leurs aidants, ainsi que pour l'ensemble de la société
- Ils entraînent :
  - ↓ cognition plus rapide
  - ↑ institutionnalisation
  - ↑ incapacité fonctionnelle
  - ↑ mortalité
  - ↓ qualité de vie du résident et de sa famille
  - ↑ dépression et anxiété chez les aidants
  - ↑ utilisation de contentions physiques et chimiques
  - ↑ coûts ( + 1 point au NPI= + 207-409\$ /patient)

Enjeu majeur de santé publique

# Classification simple de l'IPA

## *Symptômes comportementaux*

Généralement identifiés en procédant à l'observation du patient, ils comprennent l'agressivité physique, les cris, l'impossibilité de se reposer, l'agitation, l'errance, les comportements culturellement inappropriés, la désinhibition sexuelle, l'amassage, les jurons et la filature.

## *Symptômes psychologiques*

Généralement et principalement évalués lors d'un entretien avec le patient et ses proches, ils comprennent : l'anxiété, l'humeur dépressive, les hallucinations et les idées délirantes.

Et les troubles des conduites  
instinctuelles ?

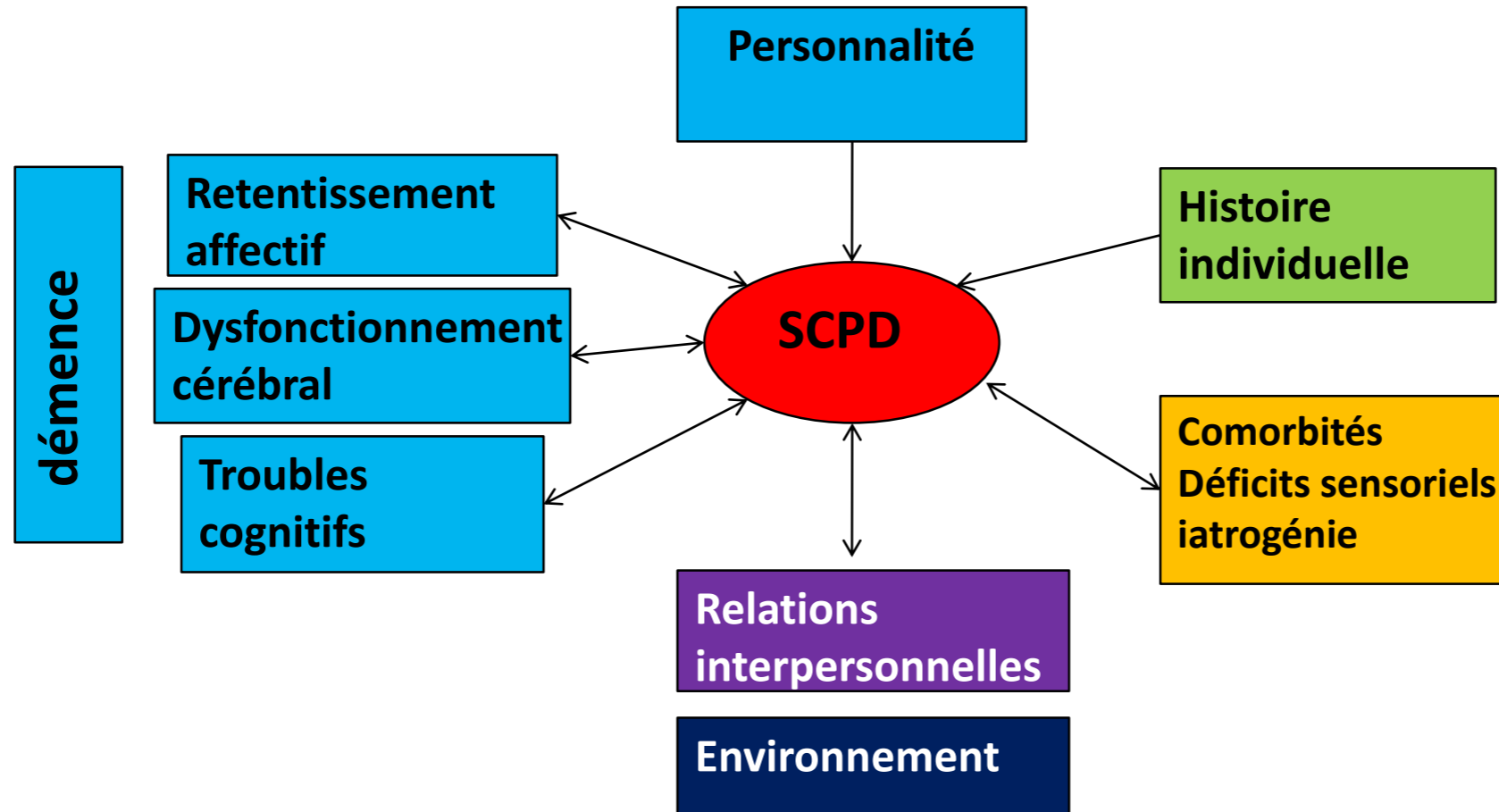
# Classification syndromique

- **Affectifs et émotionnels**
  - Dépression
  - Anxiété
  - Apathie
  - Exaltation de l'humeur
  - Perturbations émotionnelles
  - Conduites régressives
  
- **Psychotiques**
  - Hallucinations
  - Troubles perceptifs
  - Idées délirantes

- **Comportementaux**
  - Agitation
  - Agressivité
  - Instabilité psychomotrice
  - Compulsion
  
- **Troubles des conduites élémentaires**
  - Du sommeil
  - Des conduites alimentaires

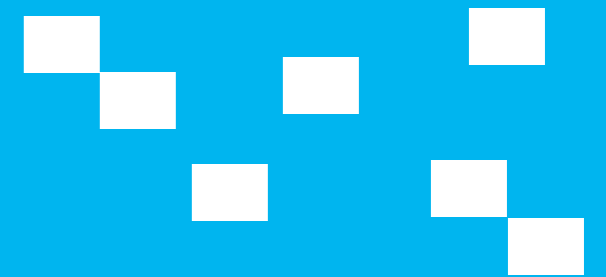


# Etiologies des SCPD



revue de gériatrie Tome 31; Nov 2006,

# PRÉSENTATION DES SCPD



# Apathie - Définition

- Approche syndromique (Marin 1990)
  - perte de motivation associée à une réduction des activités tournées vers un but, qu'elles soient **comportementales, cognitives ou émotionnelles**
- Conception de l'apathie centrée sur la motivation
  - Retentissement sur 3 domaines



# Critères d'apathie (Mulin 2011)

Pour le diagnostic d'apathie, le patient doit remplir les critères A, B, C et D

- A - Perte ou baisse de motivation comparativement à l'état antérieur ou au fonctionnement normal pour l'âge et le niveau culturel du patient. Ce changement est rapporté par le patient lui-même ou son entourage
  
- B - présence d'au moins un symptôme dans **au moins deux des trois domaines sur une période de quatre semaines** et présents la plupart du temps
  - **Domaine B1: Comportement**
    - Perte ou diminution des comportements dirigés vers un but, mises en évidence par au moins un des symptômes suivants :
      - **Symptôme d'initiation**: perte de comportement auto-initié (démarrer une conversation, participer à une activité sociale)
      - **Symptôme de réactivité**: perte des comportements en réponse aux sollicitations de l'environnement (répondre dans une conversation, participation à des activités sociales)
  - **Domaine B2: Cognition**
    - Perte ou diminution des activités cognitives dirigées vers un but, mises en évidence par au moins un des symptômes suivants :
      - **Symptôme d'initiation**: disparition de l'idéation spontanée et de la curiosité pour les événements nouveaux ou routiniers (nouvelles récentes, opportunités sociales, affaires personnelles, familiales et sociales)
      - **Symptôme de réactivité**: perte de l'idéation stimulée par l'environnement et de la curiosité pour les événements nouveaux ou routiniers (sur le logement de la personne, son voisinage, ses proches)
  - **Domaine B3: Emotion**
    - Perte ou diminution des émotions, mises en évidence par au moins un des symptômes suivants :
      - **Symptôme d'initiation**: manque de ressenti émotionnel rapporté par le patient ou un tiers (faiblesse ou absence d'émotion rapportée par le patient, émoussement affectif rapporté par des tiers)
      - **Symptôme de réactivité**: perte de réactivité émotionnelle aux événements positifs ou négatifs de l'environnement (peu ou pas de réponse émotionnelle face à un événement excitant, à un deuil, à une maladie grave)
  
- C - Les critères (A - B) entraînent cliniquement une limitation du fonctionnement personnel, social, occupationnel et des autres domaines de la vie de l'individu
  
- D - Les critères (A - B) ne s'expliquent pas exclusivement par une atteinte physique (surdité, cécité) ou motrice, par un niveau de conscience diminué ou par les effets physiologiques directs d'une substance (médicament, stupéfiant)



# Apathie vs Dépression

## Apathie

- Démotivation
- Non initiative
- Non persévérance
- Émoussement affectif
- Retrait social

## Dépression

- Perte d'intérêt
- Manque d'élan
- Ralentissement
- Asthénie
- Anosognosie
- Humeur triste
- Perte d'espoir
- Culpabilité
- Suicidalité
- Troubles du sommeil
- Anorexie

# Epidémiologie

## ■ Prévalence

- Maladie d'Alzheimer (toute stade confondu) (Van Reekum et al. 2005): **55%**
- Démence vasculaire: **23 à 94 %**
- Dégénérescence lobaire fronto-temporale: **89 à 100 %**
- Maladie à corps de Lewy: **52 %**
- Maladie de Parkinson: **17 à 46 %**
- Paralyse supranucléaire progressive: 22 à 91 %
- Maladie de Huntington: 59 à 82 %
- Dégénérescence cortico-basale: 40 %

Ishii et al. (2009)

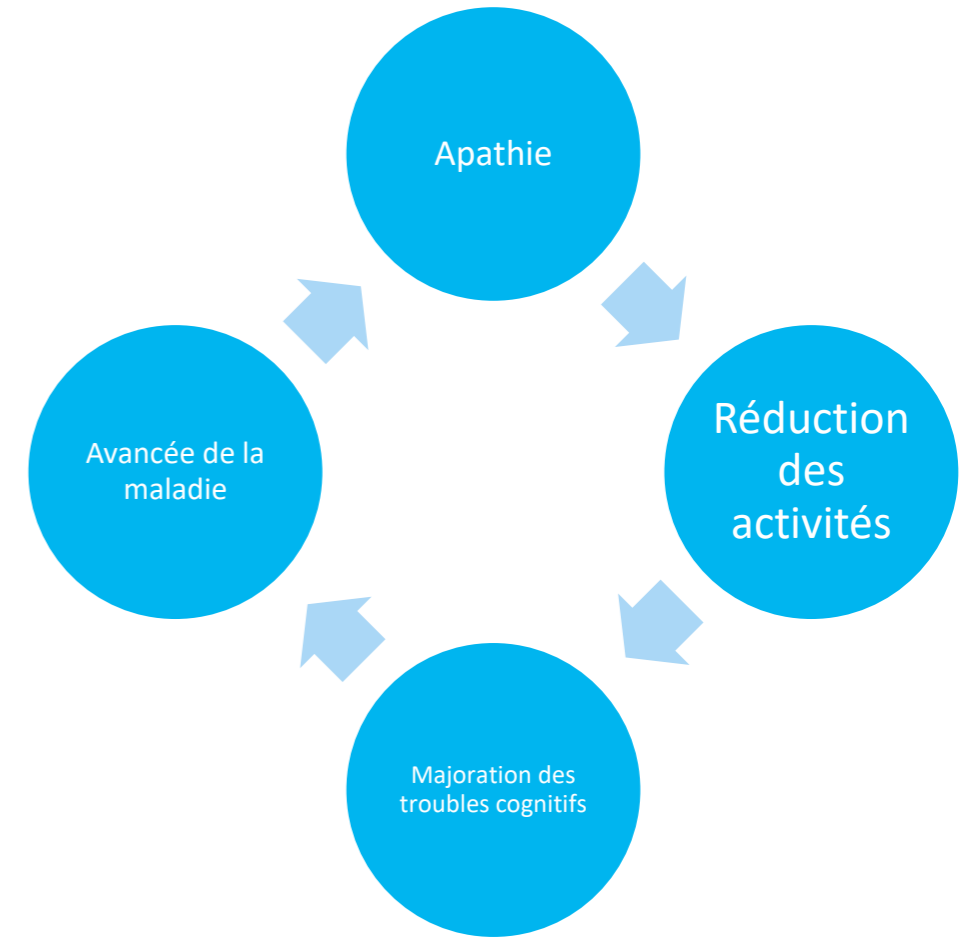
## ■ SPCD le plus précoce (Van Reekum et al. 2005)

- Souvent dès le stade MCI
- 15 à 40 % (Ishii et al. 2009)

## ■ SPCD persistant

# Complications

- Retrait psychosocial majeur
- Majoration de la dégradation cognitive
  - Levy et al. 1998
  - Lerner et al. 2007
  - Berman et al. 2012
- Déclin plus rapide de l'autonomie du patient
  - Starkstein et al 2001
  - Lechowski et al. 2006 et 2009
  - Robert et al. 2008
- Hypothèse la plus probable: réduction importante et durable des stimulations cognitives du fait de l'apathie



# Dépression, un des troubles les plus fréquents

- Chez les patients MA , fréquence du syndrome dépressif élevée variant, selon les études, de 28 à 85 %
  - Les variations selon les études s'expliquent par le type de troubles pris en compte (épisode dépressif majeur, dysthymie, ou uniquement symptômes dépressifs) et par leur façon de les évaluer ou de les diagnostiquer
- Plus fréquente au début : pourrait en constituer un prodrome ou un marqueur précoce ?
- se méfier de la dépression tardive
  - La dépression tardive est caractérisée par plus d'anomalies neuropsychologiques, plus d'anomalies en imagerie cérébrale, plus de dépendance, une morbidité physique plus grande et une mortalité augmentée. Il existerait par ailleurs moins d'antécédents familiaux de dépression chez ces patients
  - Risque évolutif vers un syndrome démentiel
- fréquence importante d'états dépressifs dans la DCL (38 %) et dans la maladie de Parkinson (20 %)



# Dépression

- Liée à
  - une prise de conscience douloureuse des troubles cognitifs (dépression réactionnelle) ,
  - Mais aussi à l'atteinte du système limbique par les lésions neuro-dégénératives (dépression – symptôme)
- Présentation clinique variable; avec l'évolution de la maladie, symbolisation et mise en mot de la tristesse plus difficile.
  - fréquence des formes atypiques: dépressions masquées et hostiles
  - Rechercher des signes indirects: insomnie, anorexie, ralentissement moteur, perte d'entrain, irritabilité, hostilité, attitudes d'opposition.
  - Syndrome de glissement = Équivalent suicidaire ?
- Passages à l'actes suicidaires rare ? (discuté)

# Anxiété

- Soit décompensation d'un trouble anxieux pré-existant +/- compensé.
- Soit symptomatologie spécifique; par exemple:
  - Syndrome crépusculaire : Variation temporelle de l'agitation avec un sommet en fin d'après-midi et soirée
    - Dysrégulation des rythmes circadiens
    - Troubles du sommeil associés
    - Exacerbation ou l'apparition d'un delirium en soirée
    - Errance et confusion nocturne
  - Syndrome de Godot: « patient adhésif » (angoisse de séparation); sollicitation /épuisement aidant +++

# Exaltation de l'humeur

- Labilité de l'humeur: variabilité de l'humeur en fonction de l'environnement et des stimuli émotionnels extérieurs
- Perte du contrôle émotionnel: Réaction émotionnelle excessive, passage du rire au larmes (terrain vasculaire), catastrophisme.
- Atteinte des noyaux gris centraux et des lobes frontaux.

# Symptômes psychotiques

- Trouble de la pensée
  - Délire
- Trouble des perceptions
  - Hallucination
  - Syndrome de Capgras
  - Syndrome de Fregoli
  - Reduplication paramnésique

# Epidémiologie

- Dans les pathologies démentielles
  - Délire 3-54%
  - Hallucinations 1 à 39%

Quel que soit le stade évolutif
- Dans la maladie d'Alzheimer
  - Délire 33%
  - Hallucinations 28%

Quel que soit le stade de la MA
- Dans la maladie à Corps de Lewy
  - Délire 60%
- Dans la démence lobaire fronto-temporale
  - Délire 0- 23%
- Dans la démence vasculaire
  - Délire 15-36%
- Durée < 1 an
- Persistance sur plus de 2 ans
  - Délire 12,8%
  - Hallucinations 5,6%

# Impact sur le cours évolutif de la MA

- Les symptômes psychotiques sont
  - un FDR de dégradation cognitive plus rapide
    - Les hallucinations seraient plus à risque que le délire sur ce point
    - L'atteinte est plus importante sur la mémoire de travail (en fait cette atteinte serait même prodromale à la survenue des symptômes psychotiques)
  - Aggrave le pronostic fonctionnel
  - Diminue l'état de santé général
  - Augmente le risque d'institutionnalisation
  - Augmente la mortalité

# Caractéristiques cliniques

- Généralités: peu comparables aux symptômes psychotiques des pathologies psychiatriques
- Délire
  - Durée brève
  - Présentation variable, épisodique
  - Thématiques floues: persécutoire, jalousie
    - Thématique de persécution dans 10 à 53% des cas (quelle que soit l'étiologie de la démence)
      - Parmi les thématiques de persécution, le vol et la spoliation sont retrouvés dans 20 à 75% des cas
- Hallucinations
  - Durée brève
  - Présentation variable, épisodique
  - Modalités psychosensorielles presque exclusives: visuelles +++, auditives

# Hallucinations dans la Maladie à corps de Lewy

- Typologie des hallucinations
  - Visuelles
  - Riches
  - Détaillées
  - Fluctuantes mais récurrentes
  - Plus rarement d'autres modalités psycho-sensorielles
- Autres mécanismes du délire peuvent être présents, mais plus rarement
  - Délire systématisé
  - Sur le plan thérapeutique
    - En première intention
      - contrôler la posologie des agonistes dopaminergiques
      - IACE si pas de contre-indication cardiaque
    - En 2<sup>e</sup> intention, si échec des précédentes stratégies ET hallucinations anxiogènes
      - Clozapine (Quetiapine)



# Troubles du comportement externalisé

- Agitation / Agressivité/ Instabilité motrice /déambulation /opposition
- Ces troubles doivent être interprétés dans **un contexte**
- Ils sont le plus souvent la conséquence d'un inconfort physique, somatique ou psychologique chez des patients en difficultés pour verbaliser: **« Expression agie de la souffrance »**
- analyse précise de leur nature et des conditions de survenue

# Agitation

- Pas de consensus de définition: inclut jusqu'à 47 comportements différents
- L'agitation verbale tend à être associée au sexe féminin et à des symptômes dépressifs
- L'agressivité tend à être associée aux hommes avec des troubles cognitifs sévères
- Augmente le risque de contentions chimiques et physiques, avec leurs conséquences associées
- Survient souvent lors des soins directs aux patients
- Source de détresse pour l'aidant
- Analyse des causes sous-jacentes: symptôme à investiguer

# Opposition aux soins

- N'a pas en général comme objectif premier d'agresser l'intervenant
- Associée à un manque de compréhension du contexte ou à une anosognosie : croyance du patient que le soin n'est pas nécessaire
- Origine du symptôme:
  - un problème de communication
  - Des dysfonctions exécutives
  - une interprétation paranoïde du contexte
  - Douleur
  - ...

# Vocalisations répétitives

- Présentes chez 10-40 % des patients avec des troubles cognitifs sévères et une perte d'autonomie avancée
- Facteurs favorisants :
  - En EHPAD Le fait d'être laissé seul dans sa chambre accentue les vocalisations (survient quand le patient est seul dans 64-80% des cas)
  - La mise sous contentions physiques est aussi associée à ce comportement (78% des patients contenus )
  - Des symptômes dépressifs non reconnus ou une douleur sous-traitée (60% selon Sloane) peuvent également être à l'origine du comportement
  - Les Troubles sensoriels (isolement) accentuent les manifestations



# Errance/ déambulation

- Associée à un risque de fugue, de blessures, de dénutrition, de déshydratation, d'agression et de mortalité précoce
- Les déficits perceptifs, la persévération et la désorientation spatiale sont à l'origine de ce comportement
- Trois types d'errance ont été définis :
  - Le patient qui cherche à fuguer
  - Celui qui effectue un circuit répétitif
  - Celui qui visite les chambres des autres
- Facteurs favorisants
  - Des mécanismes d'adaptation au stress habituels de type moteurs plus que verbaux sont associés à l'errance
  - Niveau d'évènements de vie traumatiques plus élevé chez les résidents errants



# Trouble dysexécutif comportemental - Syndrome frontal

- déshinhibition , apathie, perte d'empathie
- comportement persévératif (stéréotypies )
- comportement impulsif (alcoolisation, sexe ..), hyper oralité , glotonnerie,
- Pertes des convenances sociales
  
- Critères diagnostiques de la DFT ou variante comportementale des DLFT
  
- Symptômes pouvant aussi se voir dans la MA et la DV



# Accès maniaque/syndrome frontal

- Diagnostic différentiel entre syndrome frontal et manie parfois difficile.
  - Manie :
    - Exaltation de l'humeur,
    - **tachypsychie**,
    - **hyper-empathie** (hypersyntonie),
    - **réduction des besoins de sommeil** voire agrypnie
  - Syndrome frontal:
    - **absence d'empathie** (indifférence affective),
    - **sommeil généralement préservé** (sauf si perturbation par un autre facteur)
- Importance des antécédents ++++
  - Personnalité cyclothymique +/- bipolarité méconnue décompensée par le déclin cognitif ?
  - Antécédents familiaux

# Troubles du sommeil

- MA:
  - Diminution du sommeil lent profond et du sommeil paradoxal
  - Augmentation de la durée et du nombre des éveils intra-sommeil
  - Aboutit à Inversion du cycle nyctéméral: Déambulations nocturnes / somnolence diurne
- Facteurs favorisant la désynchronisation:
  - Diminution du nombre / perception des synchronisateurs externes
  - Perte d'activité mentale et physique
  - Perte de la fonctionnalité des horloges biologiques



# Troubles du sommeil

- DCL/MP
  - Syndrome des jambes sans repos
  - Confusions / rêves éveillés
  - Troubles du comportement en sommeil paradoxal :
    - mise en acte d'un rêve, due à l'absence de l'atonie musculaire spécifique de ce type de sommeil. Alors que le sujet est profondément endormi, il se met tout à coup à parler, crier, gesticuler avec brusquerie ...
- Toujours rechercher un syndrome d'apnée du sommeil associé, en particulier chez patients vasculaires (échelle ONSI)

# Facteurs précipitants

- Douleur
- Infection urinaire, constipation
- Autre décompensation somatique
- Iatrogénie médicamenteuse

# Facteurs contributifs possibles

- Besoins essentiels non satisfaits (faim, soif, sociabilité, sécurité)
- Niveau de stimulation inapproprié (lumière, sons, température, nombre de personnes autour)
- Absence de routine quotidienne prévisible /Absence de repères temporospatiaux
- Isolement ou ennui
- Approche non adaptée du personnel soignant

# Facteurs psychodynamiques

- Rôle de la personnalité du patient:
  - Capacité d'adaptation face au déclin cognitif.
  - Capacité d'acceptation de la maladie.
  - Recherche de facteurs de vulnérabilité psychopathologique (ex: personnalité narcissique)
- Qualité de la relation Aidant / Aidé:
  - Personnalité de l'aidant.
  - Importance des SCPD.
  - Connaissance et acceptation de la maladie.
  - Nature des liens avant la maladie.
- Aidant comme facteur de protection / risque?



# PEC non pharmacologique

- Approche centrée sur la personne, individualisée
  - Histoire de vie : identité et intérêts (stimuli personnalisés: art, musique, bébés, animaux, lecture, travail)
- Approche patient + aidant
- Formation du personnel et des aidants
- Interventions multidomaines:
  - Approche environnementale
  - Techniques de soins
  - Thérapies non pharmacologiques :
    - Activités sociales et récréatives structurées
    - Activités physiques adaptées
    - Stimulation sensorielle (musicothérapie personnalisée, massage, relaxation)
    - Thérapie comportementale individualisée pour le traitement des comportements les plus perturbateurs
  - Support technologique

# Approche environnementale

- À considérer:
  - Le niveau de stimulation visuelle
  - Le niveau de stimulation auditive
  - Le niveau d'activité
  - Le niveau de stimulation sociale
  - Le camouflage des stimuli à risque
  - Des indices d'orientation temporaux-spatiaux
  - Le niveau d'encadrement et d'attention fourni
  - La personnalisation de l'espace
  - La stabilité des routines
  - Sécuriser l'environnement pour préserver l'autonomie

# Les attitudes de communication

- éviter les différentes sources de distraction (télévision, radio, etc.) lors de la communication avec le patient
- attirer son attention : se mettre face au patient, établir un contact visuel, attirer son attention par exemple en lui prenant doucement la main ;
- utiliser des phrases courtes ; éviter de transmettre plusieurs messages à la fois , répéter le message si un doute persiste quant à sa compréhension ;
- préférer les questions fermées ;
- ne pas négliger le langage du corps : rester détendu et souriant ; ne pas hausser la voix ; utiliser les gestes pour faciliter la transmission du message ;
- laisser le temps au patient pour qu'il puisse s'exprimer ; inclure la personne dans la conversation ;
- pour les aidants professionnels, éviter d'être familier ;
- ne pas obliger le patient à faire ce qu'il n'a pas envie de faire ; dans ce cas, changer de sujet et réessayer plus tard ;
- savoir rester patient.

# Interventions non médicamenteuses

- Psychothérapies et thérapie psychologique:
  - Réminiscence, validation, orientation à la réalité, stimulation cognitive, thérapie comportementale
- Contacts sociaux
  - groupes de discussion, interaction sociale structurée, zoothérapie
- Stimulation sensorielle
  - Musicothérapie, Snoezelen, aromathérapie, luminothérapie, massage ou toucher thérapeutiques,
- Activités structurées :
  - Exercice physique , programme de marche,



# TNP des tb du sommeil

- Objectifs : agir sur les synchronisateurs et l'hygiène de vie
  - Limiter la sédation diurne
  - Favoriser la régularité du sommeil
  - Heures de coucher et de **lever** régulières
  - Ne pas renforcer l'avance de phase avec des couchers trop tôt dans la soirée
  - Éviter les siestes > 1/2 heure
  - Favoriser un rituel du coucher, éviter les boissons pendant la soirée, aller aux toilettes avant le coucher
  - Règles hygiéno-dietétiques simples
- Exercice physique régulier
- S'exposer à la lumière: sorties extérieures, photothérapie
- (Attention aux CI ophtalmologiques)

# En conclusion

- Chercher du sens
- Reconnaître au patient sa qualité d'interlocuteur
- Adopter la bonne attitude
- Prise en charge non-médicamenteuse en premier lieu





Hospices Civils de Lyon



INSTITUT DU  
VIEILLISSEMENT

Merci de votre attention