



Troubles psycho-comportementaux au cours des démences

Pr Sylvie Bonin-Guillaume

Aix Marseille Université

Institut des Neurosciences des systèmes, UMR-INSERM 1106

Service de Médecine Interne Gériatrie, Assistance Publique des hôpitaux de Marseille



Non pas une mais des démences

Maladies

Dégénératives du cerveau

démences d'Alzheimer +++ (MA)
démences fronto-temporales (DFT)
démences avec corps de Lewy (DCL)
Démences du Parkinson

Maladies

Non dégénératives du cerveau

maladies cérébro-vasculaires
(AVC, HSD, ...)
démences alcooliques
Démences infectieuses: Creutzfeldt-
Jakob, SEP, VIH
Traumatismes crâniens
Tumeurs cérébrales....

Quels sont les troubles cognitifs?

Mémoire de travail
Mémoire à long terme

Amnésie

Praxies = gestes volontaires :
intentionnalité et choix
relation entre pensée et produ
mouvement

Apraxie

Inhibition
Flexibilité mentale
Planification / Alternance
Mémoire de travail et attention ÷

Attention

Mémoire

Langage

Praxies

Gnosies

Fonction
exécutives

Attention dirigée / sélective

Attention partagée

↳ de l'alerte, de la vigilance, de
l'attention soutenue

Action de parler

Choix des mots

Articulation

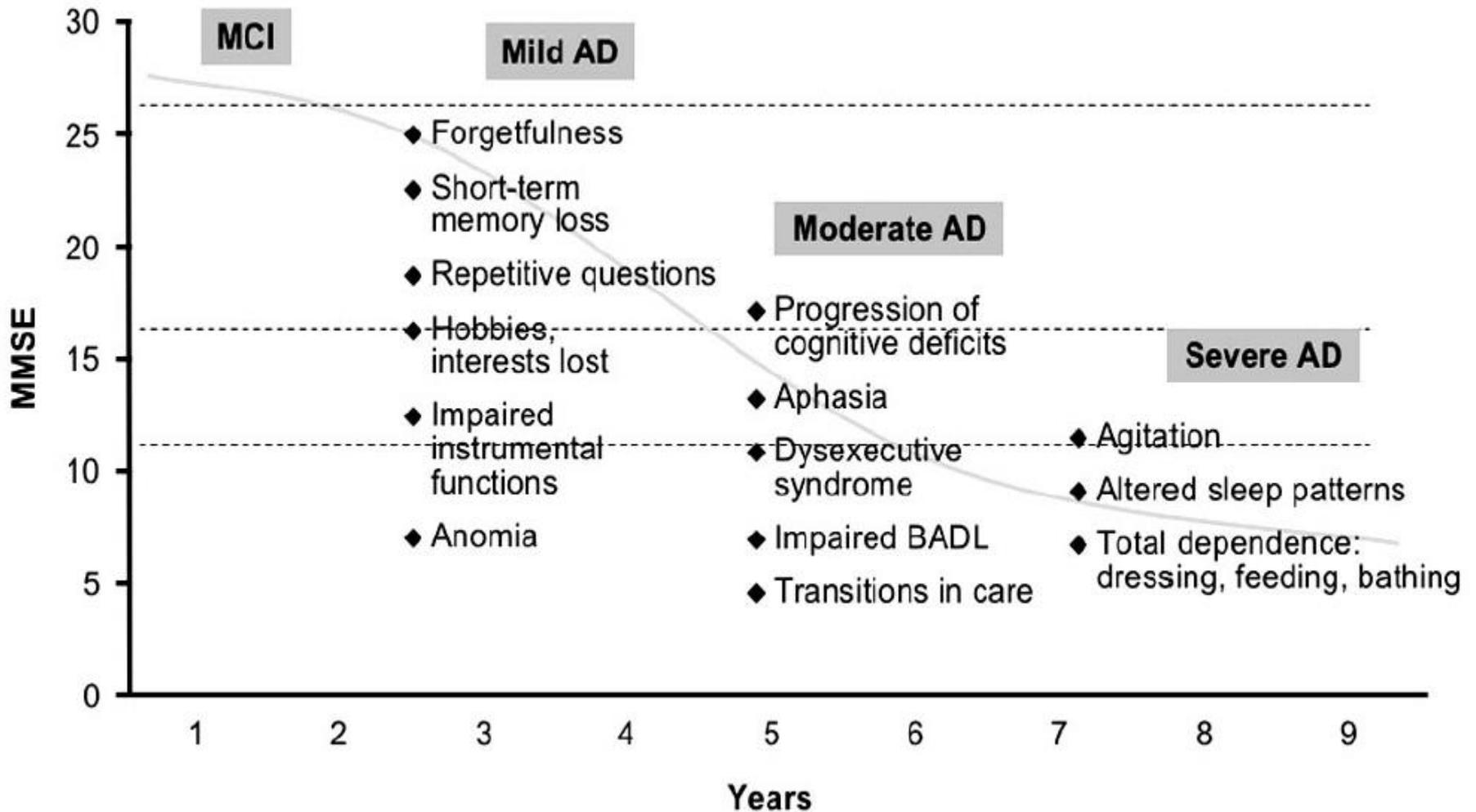
Aphasie

Perception

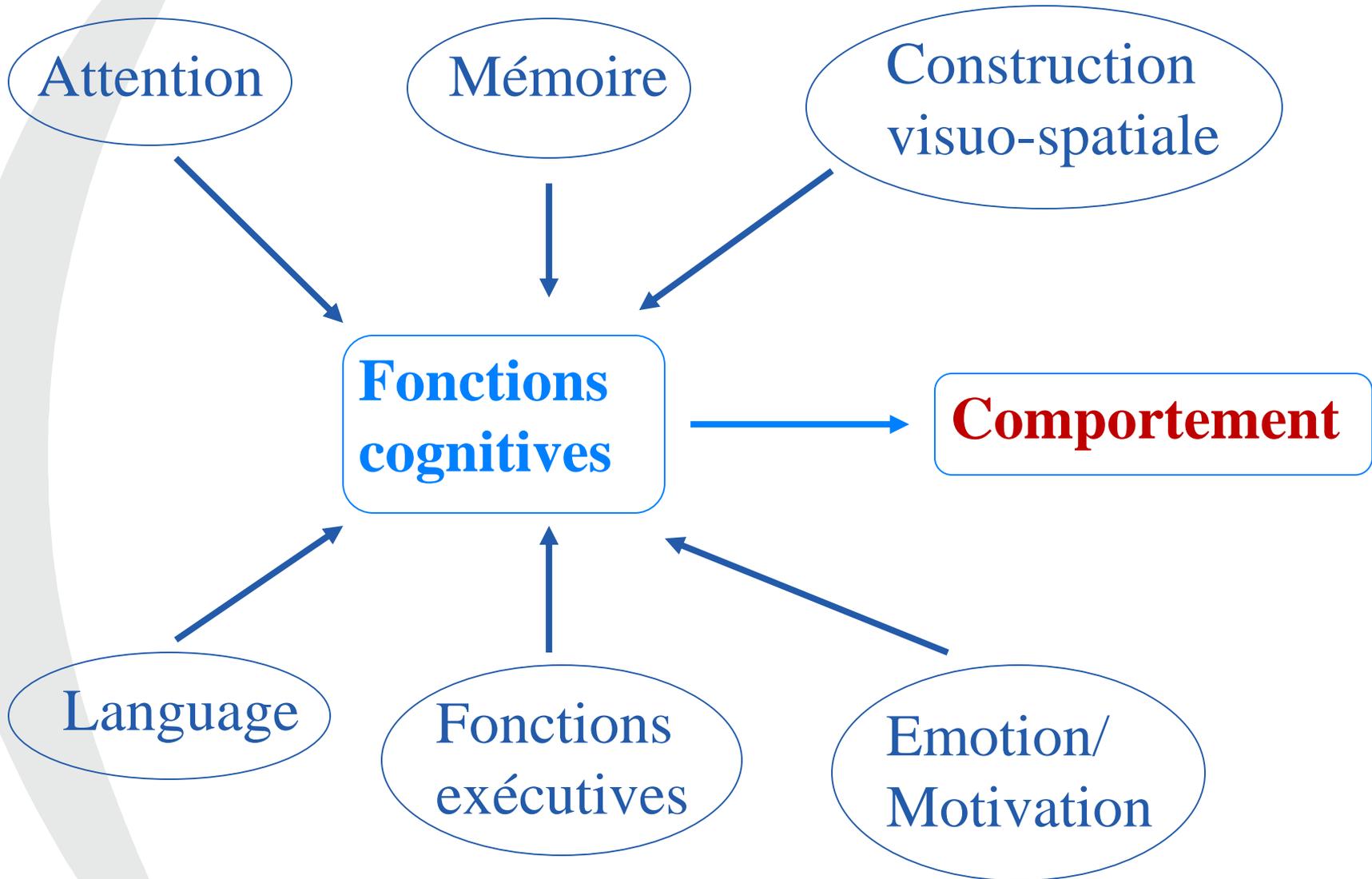
Reconnaissance

Identification

Agnosie



Evolution de la Maladie d'Alzheimer d'après Feldman et Woodward, Neurology 2005



**90% DES PATIENTS DÉMENTIS VONT
PRÉSENTER UN TROUBLE DU
COMPORTEMENT AU COURS DE
L'ÉVOLUTION DE LEUR MALADIE**



Le trouble du comportement est un mode de communication du sujet âgé et nécessite de la part du soignant une attitude codifiée

L'attitude du soignant vis-à-vis du patient et de sa famille est au moins aussi importante que ses compétences dans la prise en charge des états d'agitation

IDENTIFIER LE TROUBLE

Les symptômes

agitation

« activité verbale, vocale ou motrice « inappropriée »

considérée par un observateur extérieur comme non résultant d'un besoin ou d'un état de confusion

souvent secondaire à un autre trouble psycho-comportemental (anxiété, troubles psychotiques, dépression...)

agressivité, physique ou verbale

comportement perçu par l'entourage du patient comme violent envers les personnes ou les objets

peut être la conséquence de l'agitation, mais peut aussi exister de façon autonome.

comportements d'errance ou de « fugue »

vérifications, poursuites incessantes, activités répétitives ou excessives,
déambulation sans but apparent ou dans un but inapproprié,
errance nocturne, nécessité d'être reconduit.

opposition

refus du patient, notamment de soins, d'alimentation, de coopérer.

parfois interprétée à tort comme de l'agressivité ou un désir de nuire, peut avoir des raisons très variées.

Les symptômes

Idées délirantes

« perception ou jugement erronés de la réalité »

thèmes : vol, préjudice, jalousie ou infidélité, sentiment d'être abandonné, rejeté.

les troubles de l'identification peuvent prendre un caractère délirant (par ex. délire des imposteurs ou des sosies)

On me vole...ma femme me trompe..... Je dois aller chercher mes enfants à l'école

Hallucinations « perceptions sans objet »

hallucinations ou illusions visuelles peuvent évoquer un état confus-onirique ou une démence à corps de Lewy (DCL).

Il y a des gens qui rentrent la nuit dans ma chambre.... J'entends des gens parler.....

Symptômes non productifs: Apathie

- Syndrome rencontré dans plusieurs affections
- Cadre nosologique imprécis
- Proposition de critères diagnostiques pour l'apathie

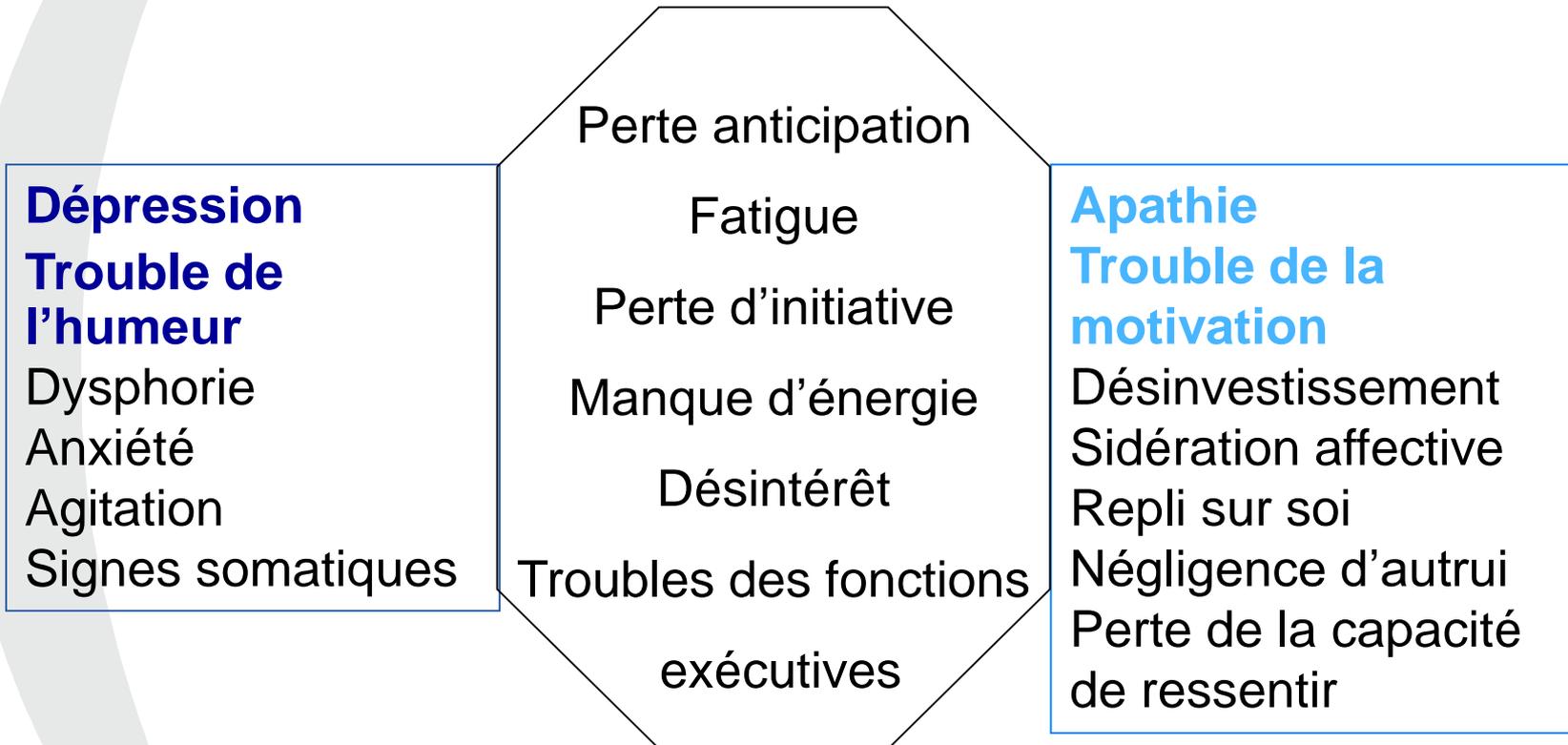
Manque de motivation/niveau antérieur et atteinte quasi permanente d'au moins deux des trois domaines suivants depuis au moins 4 semaines

1°) Diminution des comportements volontaires

2°) Diminution de l'intérêt pour de nouvelles activités ou de l'intérêt envers les autres

3°) Absence ou diminution du ressenti émotionnel et/ou de la réactivité affective envers des événements agréables et désagréables

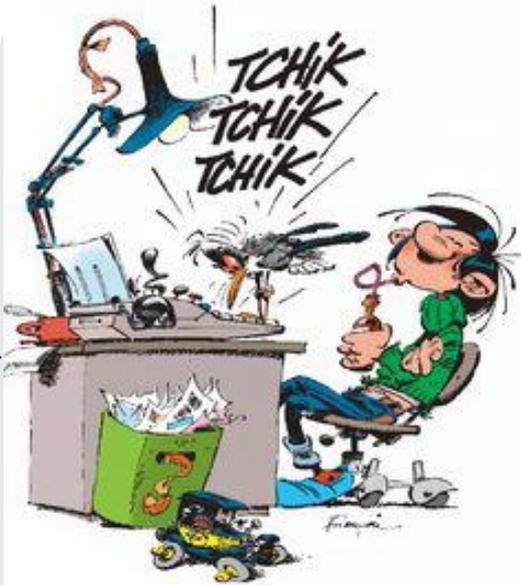
Apathie-dépression: signes communs mais des entités différentes



Marin et al, 1993; Clément, 1999; Déroutesné, 2004;
Marin et al, 1994; Levy et al, 1998; Benoit et al, 2004

EVALUER LE TROUBLE

Savoir utiliser le bon outil



Evaluation des SPCD : La Neuro Psychiatric Inventory (NPI)

Troubles du comportement

Survenue

1 = oui
2 = non
3 = NA

Fréquence

1 = rarement
2 = quelquefois
3 = souvent
4 = très souvent

Gravité

1 = léger
2 = moyen
3 = sévère

-
- A- Idées délirantes
 - B- Hallucinations
 - C- Agitation/agressivité
 - D- Dépression/dysphorie
 - E- Anxiété
 - F- Euphorie
 - G- Apathie Indifférence
 - H- Impulsivité/indifférence
 - I- Irritabilité/humeur instable
 - J- Compt moteur aberrant
 - K- Sommeil
 - L- Trouble appétit

Cummings JL, Neurology, 1994: 2308 - 14

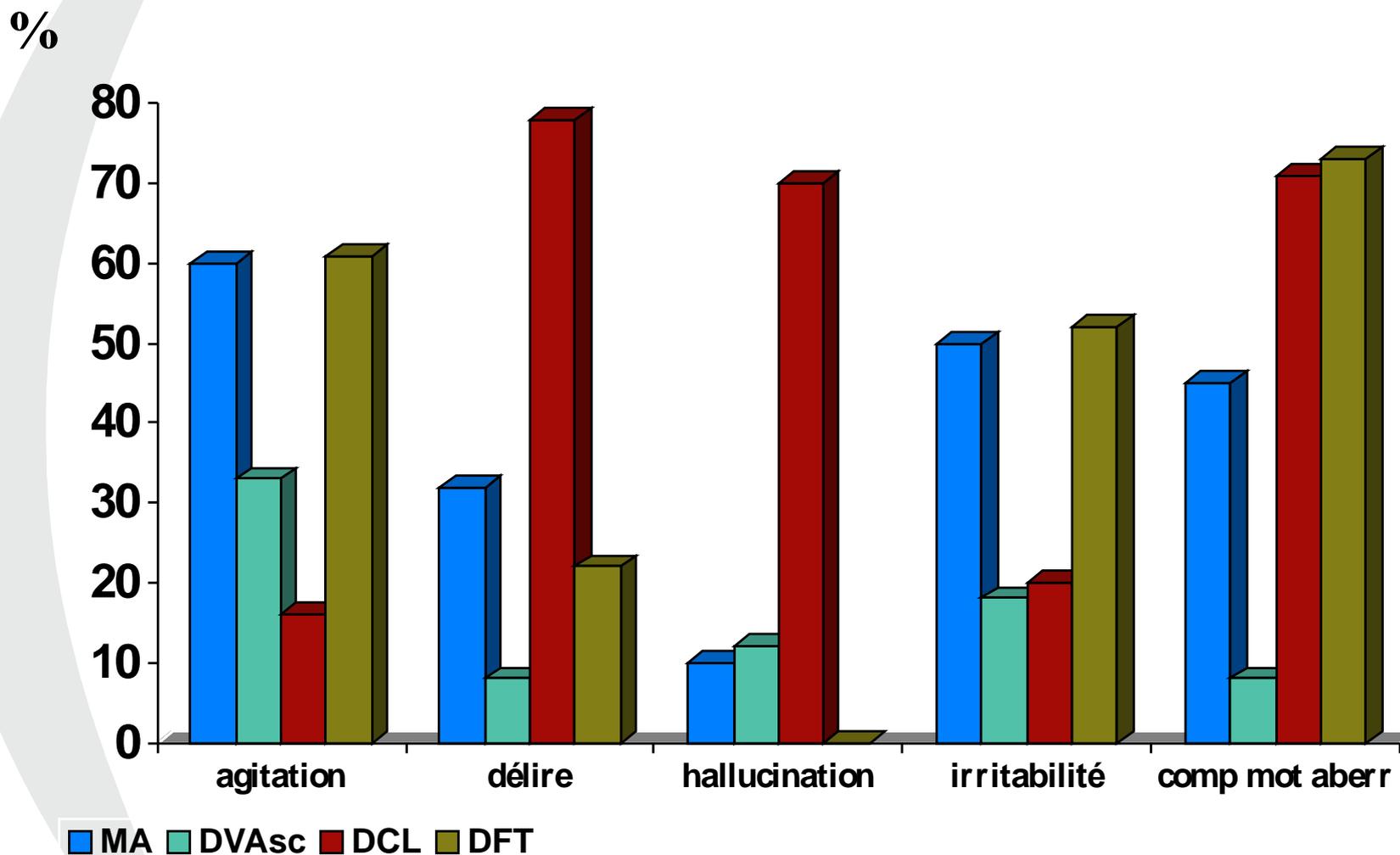
Robert P, Année Gériatrique, 1998: 63 - 87

Fréquence des SCPD (Etudes européennes avec mesure du score NPI)

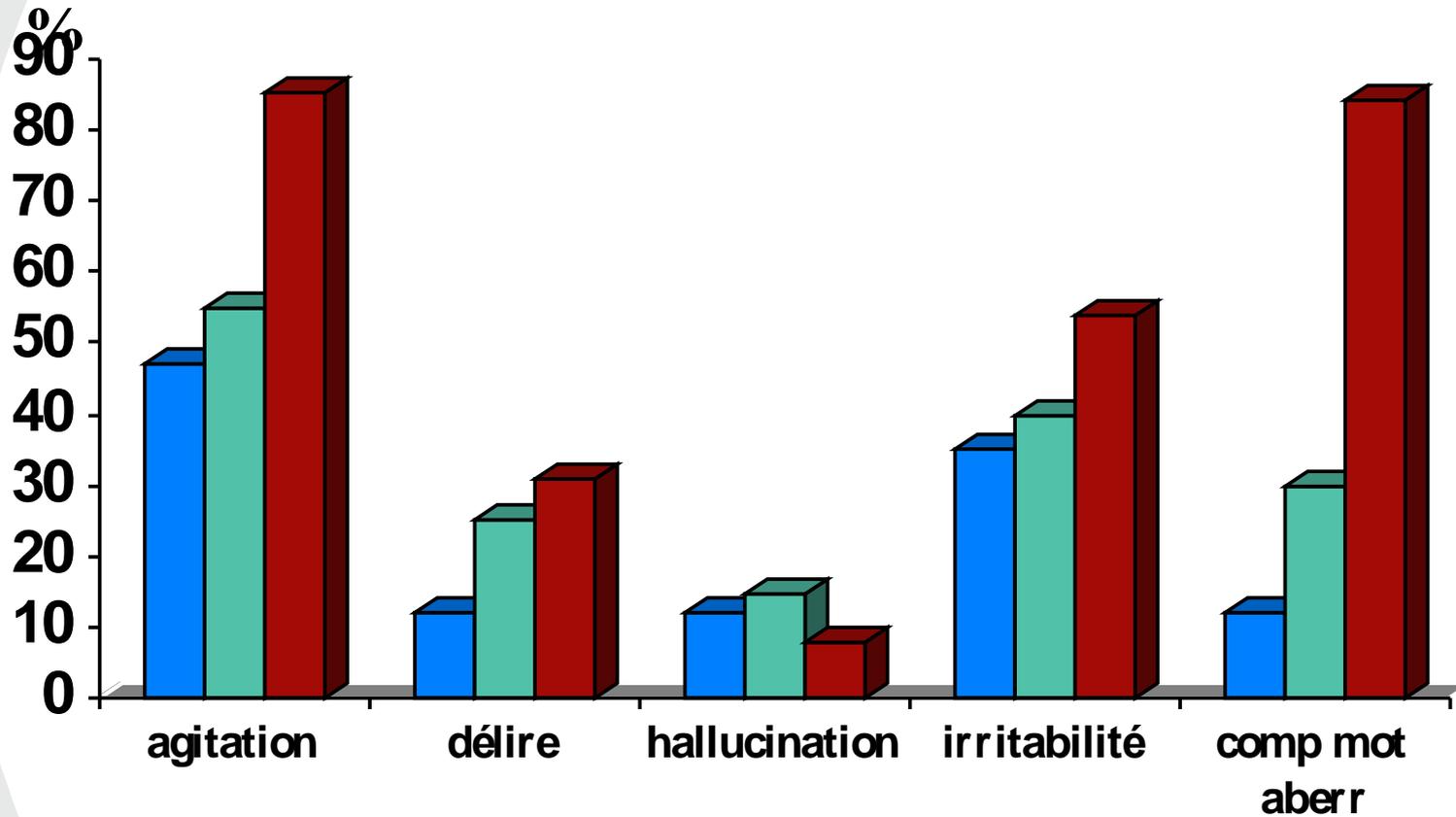
Études	MAA SB ED Verhey et coll., 2003	Real-FR Benoit et coll., 2003	Real-FR Benoit et coll., 2005	EADC Byrne, 2003	Total
	MMSE* 15-28 n=199 (%)	MMSE 11-20 n=235 (%)	MMSE 21-26 n=244 (%)	MMSE 4-28 n=138 (%)	N=836 (%)
Apathie	59,3	63,5	47,9	48,9	55,5
Dépression	57,3	42,7	36,9	45,3	44,9
Anxiété	39,2	46,3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

* MMSE : *Mini Mental State Examination score*

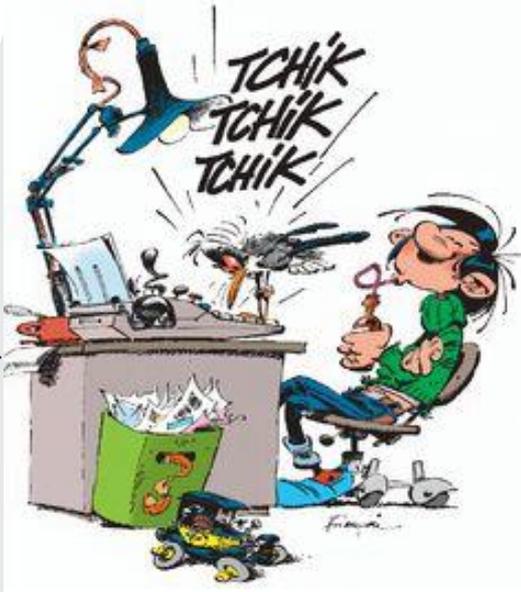
La NPI : SPCD dans les différentes démences



NPI : SPCD en fonction de la sévérité de la démence



■ AD légère ■ AD modérée ■ AD sévère



Conduite diagnostique



**LE SYNDROME CONFUSIONNEL AIGU,
C'EST...
UNE MALADIE NEUROLOGIE AIGUE (A
RANHOFF).**

OUTIL DE DÉPISTAGE PRÉCOCE: CMA CONFUSION ASSESSEMENT METHOD 1+2+3 OU 4

Durée de passation 5mn, VPP 93% , VPN 95%

Peut être remplie par médecin, IDE ou tout personnel formé

1. Début Brutal

Changement soudain de l'état cognitif/ état antérieur

2. Troubles de l'attention

Difficultés à maintenir l'attention?

Si oui comportement fluctuant?

3. Désorganisation de la pensée (propos incohérents ou décousus?

Propos inappropriés? Passe d'un sujet à l'autre?)

4. Altération de l'état de conscience

Hypervigilant (hypersensible à l'environnement)

Léthargique (somnolent, facilement réveillable)

Stuporeux (difficilement réveillable)

Comateux

FACTEURS PRÉDISPOSANTS

Age?

Sexe masculin	OR: 1,9
Démence	OR: 5-11
Dénutrition (Albuminémie <30g/l)	OR: 4
Maladie sévère (score APACHE) cardiaque, neurologique	OR: 3,8
OH	OR:3,5
Dépendance	OR: 2,5
Dépression	OR: 1,9
Déficiência auditive	OR: 1,9
Déficiência visuelle	OR: 1,7



Facteurs déclenchants ou précipitants

Les causes médicamenteuses

- **Psychotropes +++ : NL, BZD, AD**
- Anticholinestérasiques
- Antiparkinsonniens ++ : L-dopa, Anticholinergiques
- Hormones thyroïdiennes
- Corticoïdes, antalgiques opiacés ou non
- Antihypertenseurs centraux, antiarythmiques
- Antibiotiques: quinolones
- Antiulcéreux: Cimétidine, Omeprazole
- Antihistaminiques

Surdosage

Sevrage

Effets secondaires

Interactions médicamenteuses

Principaux médicaments pouvant entraîner une confusion par leurs propriétés anticholinergiques (liste non exhaustive)

	Classe thérapeutique	DCI (exemples)	Spécialités
Neurologie	Antiparkinsoniens anticholinergiques	trihexyphénidyle trospatépine bipéridène	Artane® Lepticur® Akineton®
Psychiatrie	Antidépresseurs imipraminiques		
	Neuroleptiques phénothiaziniques		
	Neuroleptique atypique	clozapine	Leponex®
	Hypnotiques (neuroleptique)	acépromazine+acéprométazine méprobamate + acéprométazine	Noctran® Mépronizine®
Gastro-entérologie	Antiémétiques (neuroleptique)	métoclopramide métopimazine	Primpéran® Vogalène®
Urologie	Antispasmodiques dans l'instabilité vésicale	oxybutynine, trospium, toltérodine, solifénacine,	Ditropan® Céris® Détrusitol® Vésicare®
Immuno-allergologie	Antihistaminiques phénothiaziniques	prométhazine alimémazine	Phénergan® Théralène®
	Antihistaminiques H1	hydroxyzine dexchlorphéniramine cyproheptadine	Atarax® Polaramine® Périactine®
Pneumologie	Antitussifs antihistaminiques H1	pimétixène oxomémazine	Calmixène® Toplexil®
	Bronchodilatateurs anticholinergiques	ipratropium tiotropium	Atrovent® Spiriva®
Antimigraineux	Neuroleptique	flunarizine	Sibélium®
Cardiologie	Troubles du rythme	disopyramide	Rythmodan®
Divers	Antispasmodiques anticholinergiques	atropine tiémonium scopolamine	Viscéralgine®

Facteurs déclenchants ou précipitants

Les causes organiques

- En priorité rechercher :
Douleurs
Rétention urinaire et fécalome
- Troubles métaboliques
déshydratation, hypernatrémie, hypo ou hyperglycémie
- Pathologies infectieuses :
Infections urinaires et pulmonaires, angiocholite
- Pathologies neurologiques
AVC, AIT, Hydrocéphalie à PN, épilepsie partielle
- Pathologie cardiovasculaire
IDM, Embolie pulmonaire, angor,...
- ...

FACTEURS PRÉCIPITANTS LIÉS AU PROCESSUS DE SOINS/AGGRAVANTS

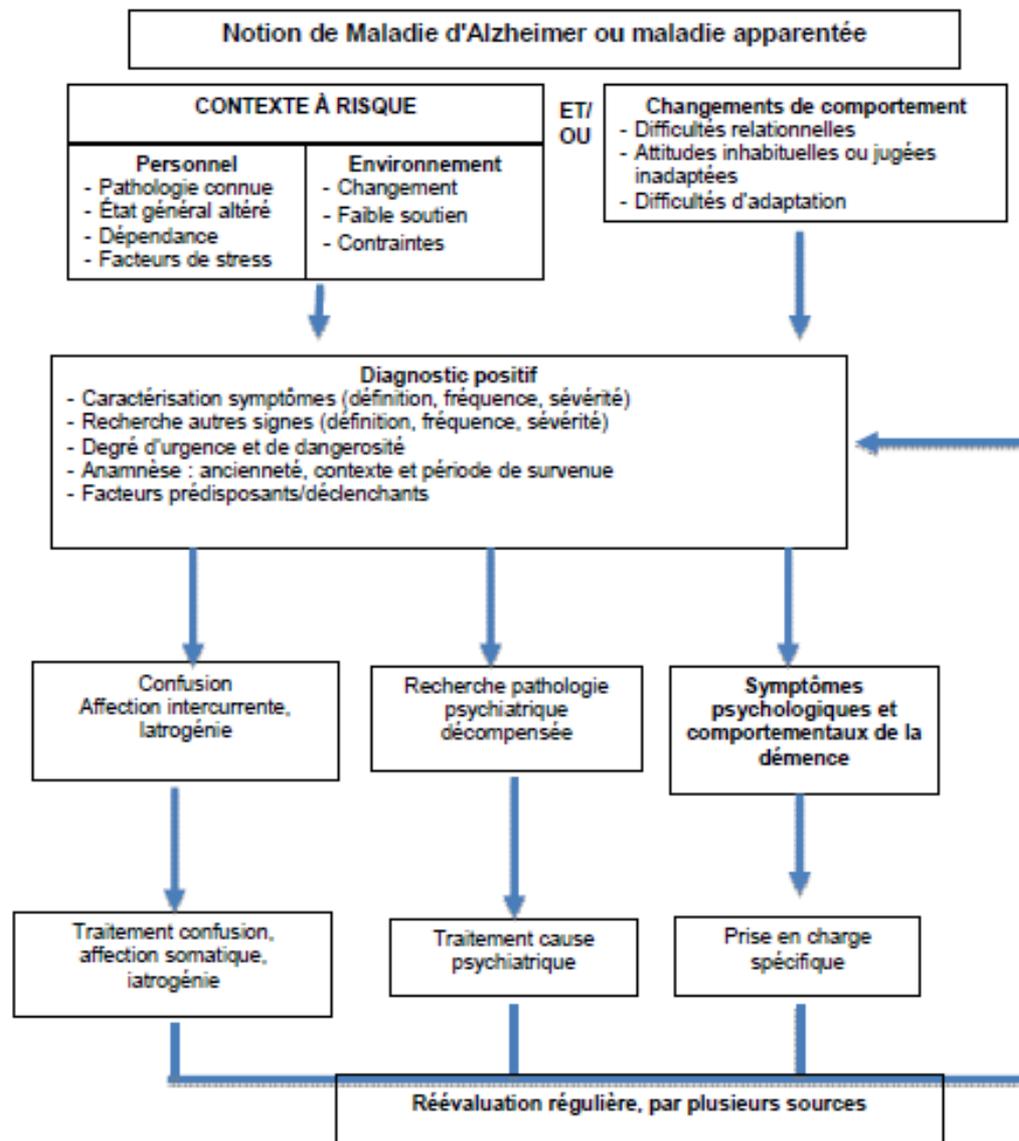
Médicaments types	Sédatifs	RR: 3-11,7
	Anticholinergiques	RR: 4,4-11,7
	Psychotropes	RR: 3,9
Médicaments: Nombre	2-3	RR: 2-7
	>3	RR: 4
	≥ 6	RR:13
Contention		RR: 4,4
Déshydratation		RR:2
Complication de procédure technique ou diagnostique		RR:1,9

Evolution du syndrome confusionnel SA

Mortalité intrahospitalière	10-65%
	Risque x2 à 20
<hr/>	
Morbidité	x 2
DMS	x 2
Déclin fonctionnel	x 2,5
Déclin cognitif	x 2 à 3
<hr/>	
Entrée en EHPAD (à 6 mois)	x 3
Mortalité à 12 mois	x 2
Réhospitalisation à 12 mois	x 2
<hr/>	
Retour état antérieur	18-21%

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

Figure 1 : Schéma d'évaluation des troubles du comportement





Devant la survenue d'un trouble du comportement

1. Chercher un besoin essentiel
2. Rechercher un syndrome confusionnel
3. Eliminer une douleur, fécalome et rétention urinaire
4. Faire une démarche étiologique d'origine non démentielle
5. Faire le diagnostic de démence
6. Proposer des thérapies non médicamenteuses
7. En cas d'échec proposer un traitement médicamenteux



Thérapies non médicamenteuses

L'expérience TNM (Thérapie Non Médicamenteuse)

Prévention des SPCD

- Animation- intervention

Les moyens non médicamenteux à utiliser en 1^{ère} intention et qui ne nécessitent pas de compétences spécifiques

- Animation Flash
- Gestion individualisée

The Journal of Nutrition, Health & Aging ©
Volume 13, Number 3, 2009

METHODOLOGICAL ISSUES IN THE NON PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF BPSD IN NURSING HOME

**METHODOLOGICAL ISSUES IN THE NON PHARMACOLOGICAL TREATMENT
OF BPSD IN NURSING HOME – THE TNM STUDY –**

E. LEONE¹, A. DEUDON¹, N. MAUBOURGUET², X. GERVAIS², P.H. ROBERT¹

Efficacité sur les SPCD sauf les troubles psychotiques

Diminution de 62% des SPCD après 2 mois

Persistance d'une diminution de 47% après 5 mois



Avec le soutien de



Mise en œuvre
CHU-UNIVERSITÉ-NICE - FFAMCO



TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE *de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées*

**APPLICATION
AUX TROUBLES
DU COMPORTEMENT
EN EHPAD**

Animation

AVANT L'ANIMATION

L'ANIMATION

APRÈS L'ANIMATION

Prendre chaque fois en compte les aspects: émotionnels, cognitifs et sociaux

Document réalisé à l'initiative de
la Direction Générale de la Santé



Avec le soutien de



Mise en œuvre
CHU-UNIVERSITÉ-NICE - FFAMCO



TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE

*de la maladie d'Alzheimer
et des pathologies apparentées*

**APPLICATION
AUX TROUBLES
DU COMPORTEMENT
EN EHPAD**

Savoir être et **savoir faire**
pour limiter les troubles du comportement
dans les moments forts de la journée

SAVOIR-ÊTRE ET SAVOIR-FAIRE

pour limiter les troubles du comportement dans les moments forts de la journée.

REVEIL / PETIT DEJEUNER

- Se présenter.
- Souhaiter une bonne journée.
- Respecter le rythme du patient autant que possible.
- Éviter d'être brutal et de parler fort.
- Ne pas générer une ambiance "d'urgence".

TOILETTE

- Prévenir le patient que le moment de la toilette va arriver.
- Choisir le type de toilette adapté au résident.
- Lui demander son accord.
- Privilégier l'autonomie du patient.
- Éviter d'être intrusif.
- Assurer l'intimité de la personne (porte fermée...).
- Essayer de décaler les soins autant que possible en cas de refus.
- Être doux dans ses gestes et sa voix.
- Expliquer au résident ce qui va être fait au fur et à mesure.
- Négocier les soins.
- Discuter avec le résident pendant la toilette.

REPAS

- Respecter le choix du patient de manger en groupe, seul ou dans sa chambre (quand cela est possible).
- Vérifier la température de la nourriture.
- Privilégier l'autonomie ou l'entraide entre les résidents en proposant un accompagnement en cas de besoin.
- Créer une ambiance calme.
- Éviter la brutalité dans les gestes.
- Donner des responsabilités au résident selon ses capacités (valorisation).
- Respecter le rythme du résident dans sa prise du repas.
- Connaître les goûts et dégoûts.
- S'asseoir à la même hauteur que le résident pour le faire manger.
- Nommer les plats.
- Ne présenter qu'un plat à la fois.
- Enchaîner les plats.
- Adapter la texture des aliments aux capacités du résident.
- Adapter les ustensiles et couverts aux capacités des résidents.

VISITE

- Proposer un lieu calme pour les visites.
- Privilégier la communication entre soignants et familles.
- Donner des conseils aux visiteurs.
- Informer les visiteurs de l'importance de leur venue et des possibles conséquences.
- Annoncer la venue de quelqu'un au résident (si possible).
- Prendre le relai auprès du patient pendant quelques minutes après le départ du visiteur.

Éviter les visites pendant les repas ou les moments intimes du résident.

COUCHER

- Générer une ambiance calme et rassurante avant le coucher.
- Favoriser les discussions pendant la mise au lit.
- Respecter l'heure d'endormissement de la personne.
- Adapter la qualité de la protection de manière à réduire le nombre de changes la nuit.
- Respecter l'heure de la prise du traitement.
- Ne pas réveiller systématiquement.

NUIT

- Réduire le niveau sonore (appel sonore, nettoyage...).
- Orienter dans le temps.
- Rassurer, calmer par une voix douce.
- Utiliser le contact, le toucher.
- Veiller au calme des lieux.
- N'utiliser que les veilleuses lors des changes.

**TRAITEMENT
NON PHARMACOLOGIQUE**
*de la maladie d'Alzheimer
et des pathologies apparentées*

**APPLICATION
AUX TROUBLES
DU COMPORTEMENT
EN EHPAD**

À FAIRE ou **À NE PAS FAIRE...**
dans toutes les situations

COMPORTEMENTS

DANS TOUS LES CAS : vérifier au préalable que l'apparition du trouble du comportement n'est pas la conséquence d'un trouble somatique ou d'une cause environnementale.

Relever les circonstances favorisant l'apparition d'un trouble du comportement. Connaître la personnalité antérieure du résident ainsi que son histoire.

L'agitation/agressivité est une situation d'urgence où toute autre affaire doit cesser.

OPPOSITION - REFUS DE SOIN

À FAIRE

- 1 Être doux et adapter son comportement.
- 2 Essayer de décaler les soins autant que possible.
- 3 Être à l'écoute et prendre le temps de connaître la raison du refus.
- 4 Solliciter l'aide du patient, privilégier l'autonomie.
- 5 Demander à un autre membre du personnel d'assurer le soin.
- 6 Négocier afin d'assurer les soins prioritaires.

À NE PAS FAIRE

- 1 Infantiliser.
- 2 Faire la morale au résident.
- 3 Parler de façon autoritaire.
- 4 Réprimander.
- 5 Forcer le résident.
- 6 Utiliser des moyens de contention.

COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

À FAIRE

- 1 Vérifier qu'il porte des chaussures convenables pour la marche.
- 2 Faciliter la déambulation du résident tout en veillant à assurer la sécurité générale et le bien-être des autres résidents.
- 3 Assurer une présence régulière auprès du résident.
- 4 Marcher avec le résident et le raccompagner à sa chambre, au salon.

À NE PAS FAIRE

- 1 Barrer la route, l'empêcher d'avancer.
- 2 Obliger à s'asseoir même pendant les repas.
- 3 Laisser des obstacles sur le passage (sol humide...).
- 4 Laisser les portes des locaux techniques ouvertes.
- 5 Laisser les portes permettant l'accès vers l'extérieur ouvertes.

AGITATION

À FAIRE

- 1 Être doux.
- 2 Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
- 3 Être rassurant, sécurisant.
- 4 Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
- 5 Faire diversion.
- 6 Proposer une activité ou une promenade.
- 7 Établir des routines quotidiennes.
- 8 Repérer les moments de fatigue et d'agacement.
- 9 Limiter le nombre et la durée des visites.
- 10 Assurer une présence permanente au moment du crépuscule.
- 11 Isoler le patient.

À NE PAS FAIRE

- 1 Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang froid).
- 2 Générer une ambiance anoxigène (bruit, lumière...).
- 3 Solliciter de façon incessante.
- 4 Utiliser des moyens de contention.

AGRESSIVITÉ

À FAIRE

- 1 Être doux.
- 2 Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
- 3 Être rassurant, sécurisant.
- 4 Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
- 5 Faire diversion.
- 6 Proposer une activité ou une promenade.
- 7 Proposer une collation ou une boisson.
- 8 Enlever les objets dangereux.
- 9 Assurer un périmètre de sécurité.
- 10 Demander de l'aide si besoin.
- 11 Isoler le patient.
- 12 Appeler le médecin.

À NE PAS FAIRE

- 1 Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang froid).
- 2 Générer une ambiance anoxigène (bruit, lumière...).
- 3 Se sentir blessé des propos tenus.
- 4 Montrer sa peur.
- 5 Infantiliser.
- 6 Adopter un ton supérieur ou autoritaire.
- 7 Tentar de raisonner le résident.
- 8 Faire des remarques humiliantes, mettre en échec.
- 9 Punir.
- 10 Utiliser des moyens de contention.

CRIS

À FAIRE

- 1 Parler.
- 2 Capter le regard.
- 3 Tenir la main.
- 4 Créer une ambiance apaisante, de détente.
- 5 Proposer une collation ou une boisson.

À NE PAS FAIRE

- 1 Crier plus fort que le résident
(ne pas essayer de couvrir la voix du résident).
- 2 Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...).
- 3 Minimiser la douleur.
- 4 Utiliser des moyens de contention.

Traitement Non Médicamenteux

- Basées sur la cognition
 - Stimulation cognitive
 - Réhabilitation cognitive individuelle
 - Interventions basées sur l'environnement
- Interventions psycho-sociales
 - Réminiscence du passé
 - Thérapie par empathie
- Interventions corporelles basées sur l'activité motrice
- Interventions sensorielles
 - Aromathérapie
 - Musicothérapie
 - Espace Snoezelen
 -



Traitements pharmacologiques



Les traitements médicamenteux

- Les Anticholinestérasiques (ICHE)
- Les Neuroleptiques (NL)
- Les Antidépresseurs (AD)
- Les Benzodiazépines (BZD)
- Les Normothymiques

le traitement médicamenteux ne sera prescrit qu'après évaluation du rapport bénéfice /risque individuel.

la prescription sera limitée dans le temps et réévaluée fréquemment.



Les traitements spécifiques de la MA

Donepezil : ARICEPT®

Rivastigmine : EXELON®

Galantamine : REMINYL®

Indication : Maladie d'Alzheimer légère à modérément sévère

MMSE : 10-26

Mémantine : EBIXA®

Indication : Maladie d'Alzheimer modérée à sévère MMSE < 15

Antipsychotiques: QUAND TRAITER ?

Toujours (sauf CI)

- ⊙ Si souffrance significative
- ⊙ Si conséquences significatives sur adaptation
- ⊙ Si danger pour patient et entourage (agressivité, violence)

Parfois

- ⊙ Épisodes psychotiques brefs, avec ou sans confusion
- ⊙ Confusion mentale avec agitation et risque pour sécurité
- ⊙ Après échec des mesures non pharmacologiques

PRINCIPES D'UTILISATION DES NEUROLEPTIQUES ET ANTIPSYCHOTIQUES

- Peser le bénéfice / risque++
- Doses
 - faibles ++ (1/4 dose adulte jeune)
 - recherche dose minimale efficace
 - diminution dès régression
 - durée brève+++
 - Réévaluation périodique du traitement
 - Traitements séquentiels: pas d'effet de sevrage à l'arrêt

QUI NE DOIT-ON PAS TRAITER PAR NEUROLEPTIQUES OU ANTIPSYCHOTIQUES ?

- Maladie de Parkinson: hors clozapine
- Maladie à corps de Lewy
- Démences avec facteurs de risque cérébro-vasculaires ou risque thrombo-embolique
- Maladie d'Alzheimer avec produits anticholinergiques



Neuroleptiques : quels risques ?

Risque cardiaque et AVC

Risque tensionnel

- hypotension orthostatique, chute

Risque postural et locomoteur

- Chute et perte d'autonomie

Risque moteur

- syndrome parkinsonien

Risque psychique

- confusion et aggravation cognitive

Risque vital

- Démences à corps de Lewy (hors clozapine)

Les BZD

- Longtemps déconseillées
- Préférence pour les BZD à demi-vie courte
- Posologie la plus faible possible
- Prescription à durée limitée (maximum 15 jours)
- La prescription si besoin au lieu du systématique
- **Indications : anxiété**

Les antidépresseurs : Les produits

ISRS

- Meilleure tolérance
- Bonne activité sur irritabilité et troubles comportement alimentaire

IRSS-NA

- Peu d'effet anticholinergiques
- Action plus stimulante

Eviter Tricycliques

- Effets dysmnésiants et anticholinergiques : risque de confusion+++
- Utilisation prudente dans les formes mélancoliques délirantes sévères

ECT

- efficacité reconnue
- Troubles cognitifs temporaires
- Problème de l'accessibilité

Actions des médicaments sur les SPCD

TRT	Délire/ Hallucination	Agitation	Apathie	Dépression	Anxiété	Sommeil
ICHE Mémantine	++ (DCL)	++	+++	+	++	+
NL	+++	+++	0	+ délires	+ si échec	+/-
AD	+ dépression	+ dépression	+	+++	+	+/-
BZD	0	+ anxiété	0	+ anxiété	+++	+
NormoT	+	++	+	++	+	0

Conclusion

Prise en charge des SPCD

Niveau 1

Identifier le trouble

Evaluer le trouble

Rechercher et traiter une cause curable

Niveau 2

Traitement non pharmacologique

Traitement Spécifique

Niveau 3

Délire
Hallucination

NL

Agitation

NL (crise) ±
NormoT

Anxiété

BZD

Dépression

AD ±
NormoT

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

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

RECOMMANDATIONS

Mai 2009

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge de l'apathie

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

RECOMMANDATIONS

Juillet 2014



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

**Confusion aiguë chez la personne âgée :
prise en charge initiale de l'agitation**

RECOMMANDATIONS

Mai 2009