

Optimiser les traitements et les soins pour les personnes présentant des symptômes psychologiques et comportementaux au cours d'une démence (SPCD).

Un guide de bonnes pratiques cliniques pour les professionnels médicaux et sociaux.

# Sommaire

A propos de ce guide	3
Introduction	4
Mode d'emploi	5
Modalités pour les personnes n'ayant pas de traitement antipsychotique	6
Modalités pour les personnes ayant déjà un traitement antipsychotique	7
Prévention	8
Interventions de première intention, évaluation et vigilance	11
Interventions spécifiques	15
Prescription des antipsychotiques	21
Ressources	24
Partenaires	25
Appendice	26

# A propos de ce guide

---

**Ce guide de bonnes pratiques a été élaboré de façon collégiale avec l'appui d'un groupe consultatif de cliniciens avisés spécialisés dans la prise en charge de la démence. Il a pour but de fournir un support avec des démonstrations scientifiques, des conseils et des ressources à un large éventail de professionnels médicaux et sociaux prenant en charge des personnes atteintes de démence présentant des symptômes psychologiques et comportementaux (SPCD). Il a été conçu pour être un outil pratique et informatif, un accent a été mis sur les alternatives aux traitements médicamenteux.**

Ce guide de bonnes pratiques et les documents à l'appui sont destinés à tous les types de professionnels, sauf aux pôles de soins aigus hospitaliers. Nous espérons qu'ils seront utiles aux praticiens dans les environnements où cet aspect de la pratique clinique sera de plus en plus observé. Pour les praticiens qui sont des spécialistes ou qui ont besoin d'informations supplémentaires, des liens vers d'autres ressources sont fournies (voir «Ressources» page 24).

« Prescrire des droits pour les personnes atteintes de démence, qui sont parmi les plus vulnérables de notre société, est un impératif clinique. Une évaluation appropriée et une compréhension approfondie des différentes interventions existantes pour les personnes atteintes de démence est indispensable pour que le meilleur et le plus sûr des traitements leur soient délivrés. plus sûr et peut être livrés. Nous espérons que ce guide aidera atteindre ce but. »

**Professeur Alistair Burns,  
Directeur clinique national de la démence  
en Angleterre, Ministère de la Santé**

« L'amélioration du bon usage des médicaments est l'un des objectifs du Plan National Français Alzheimer 2008-2012. La Mesure 15 décrit en particulier la nécessité d'une élaboration et d'une diffusion de programme d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles pour les psychotropes chez les sujets âgés, et tout particulièrement la limitation des neuroleptiques. De nombreux acteurs dont l'HAS, la Fédération des Médecins Coordonnateurs d'EHPAD et la Fédération Nationale des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche, sont impliqués dans ces actions. Dans ce sens, des fiches pratiques (TNM, STIM-EHPAD) ont même été réalisées afin de promouvoir l'utilisation et l'apprentissage de techniques non médicamenteuses.

Dans ce contexte, le travail de l'Alzheimer Society sur « l'optimisation des traitements et des soins pour les personnes présentant des symptômes psychologiques et comportementaux au cours d'une démence » est un apport important. Il nous a semblé utile de réaliser une traduction de ce matériel et de le mettre à disposition des professionnels français travaillant pour des patients aussi bien à domicile que dans des EHPAD.

Professeur P.H. ROBERT

Président Fédération Nationale des CMRR

Le groupe consultatif a été co-présidé par le Professeur Alistair Burns et le Professeur Clive Ballard. Le Dr Anne Corbett, Responsable Recherche des communications à la Alzheimer's Society (UK), a conduit au développement de ce document avec Alistair Burns, et Clive Ballard pour les recommandations et les commentaires du groupe consultatif.

Composition du groupe consultatif: Clive Ballard, Sube Banerjee, Nina Barnett, Donald Brechin, Dawn Brooker, Alistair Burns, Peter Connelly, Anne Corbett, Jane Fossey, Clive Holmes, Julian Hughes, Gill Livingston, Deborah Sturdy, Simon Wright

Ce guide a été développé par l'Alzheimer Society (UK) et a été traduit et adaptée pour les professionnels du système médico-social en France par la fédération Nationale des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (A Deudon, P Robert). Les paragraphes en bleu foncés correspondent à des informations spécifiques pour la France

# Introduction

---

**Ce guide a été conçu pour aider les professionnels dans le champ médical et social à déterminer les meilleurs traitements et prise en charge pour les personnes présentant des symptômes psychologiques et comportementaux aux cours de la démence (SPCD).**

Il y a actuellement plus de 800 000 personnes atteintes de démence en France, environ un tiers d'entre elles sont institutionnalisées. La démence est associée à une large gamme de symptômes. Certains peuvent affecter le comportement, d'autres sont personnels, des expériences intérieures. Ceux-ci incluent l'agitation, agressivité, hallucinations et des délires. Il existe plusieurs façons de décrire ce groupe varié de symptômes. Pour plus de clarté et de commodité ils seront mentionnés dans ce Guide sous le nom de « symptômes psychologiques et comportementaux de la démence » ou « SPCD », un terme générique conçu par l'International Psychogeriatric Association (IPA).

Plus de 90 % des personnes atteintes de démence présentent des SPCD dans le cadre de leur maladie et près de deux tiers des personnes atteintes de démence vivant en institutions éprouvent ces symptômes au moins une fois. Ces derniers sont à l'origine d'une souffrance chez le patient, augmentent considérablement le stress de la famille et des soignants professionnels et représentent des risques importants pour la personne et les autres. Beaucoup de patients en souffrant ne peuvent légalement pas prendre de décisions éclairées sur leur traitement. Des précautions doivent être prises pour utiliser ce

Guide dans le cadre de la Loi.

Les recommandations sur les bonnes pratiques, telles que le guide NICE au Royaume Uni ou l'[HAS et l'ANESM en France](#) sur la démence, recommandent l'utilisation des interventions non pharmacologique (psychosociales) en première intention et soulignent l'importance d'évaluer les attentivement des facteurs comme la douleur, qui sous-tendent souvent le développement de ces symptômes. Il est également important de ne pas se précipiter sur un traitement, car beaucoup de patients présentant un SPCD se stabilisent ou ne présentent plus de symptômes sur une période de 4-6 semaines.

En pratique cependant, les interventions pharmacologiques et, les antipsychotiques en particulier, sont souvent utilisés comme traitement de première intention. C'est en particulier le cas pour les antipsychotiques atypiques qui ne conduisent cependant qu'à une amélioration modeste de l'agressivité et des symptômes psychotiques mais qui sont par contre associés à un certain nombre d'effets secondaires indésirables comme la sédation, les symptômes parkinsonien, la déshydratation, les chutes, les infections pulmonaires, l'accélération du déclin cognitif, les AVC. Ceci entraîne un sur-risque de décès.

En France les patients présentant une maladie d'Alzheimer sont 6 fois plus exposés aux neuroleptiques que la population du même âge, selon l'indicateur national d'alerte iatrogénique mis en place depuis 2008 par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre du Plan Alzheimer 2008 – 2012. Le taux de malades d'Alzheimer de plus de 65 ans sous neuroleptiques était de 16,9% en 2007 et 16,1% en 2008. L'objectif visé par le plan et de le réduire à moins de 10%.

Bien qu'il existe de nombreux principes de bonnes pratiques décrites dans de nombreux guides, ces documents sont longs et ne contiennent souvent pas les détails pratiques nécessaires pour permettre leur mise en œuvre par les cliniciens.

Ce Guide vise à fournir un moyen simple et pratique pour permettre l'application des principes énoncés dans les recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge clinique quotidienne des SPCD. Il a été conçu pour être utilisé en tant que référence en cas de besoin. Il n'est pas destiné à être utilisé dans les pôles de soins aigus hospitaliers.

---




**90% des personnes atteintes de démence présenteront des SPCD**

---

# Comment utiliser la boîte à outils

---

La boîte à outil suit un modèle classique de soin par pallier en fonction de couleur de signalisation. Les couleurs de signalisation représentent:

	<b>Vert – Pas de symptôme.</b> Mesures préventives simples	<b>Prévention</b>
	<b>Orange – Symptômes légers à modérés</b> Faible intensité, intervention globale	<b>Attente sous surveillance</b>
	<b>Rouge – Symptômes importants.</b> Intervention spécifique et conseils pour la prescription d'antipsychotiques	<b>Intervention spécifique</b> <b>Prescription d'antipsychotique</b>

Deux diagrammes simples sont fournis pour être utilisés selon que la personne atteinte de démence est déjà sous antipsychotiques ou non. Ils doivent être utilisés pour déterminer la meilleure prise en charge (médicamenteuse ou non) pour chaque personne atteinte de démence. Des conseils, des graphiques et des plans de soins supplémentaires sont codés par couleur et numérotés pour une utilisation à chaque étape correspondante si nécessaire.

Une liste de ressources supplémentaires et le référencement complet de ce guide est disponible sur :

[alzheimers.org.uk/bpsdguide](http://alzheimers.org.uk/bpsdguide)

[www.cmrr-nice.fr](http://www.cmrr-nice.fr)

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

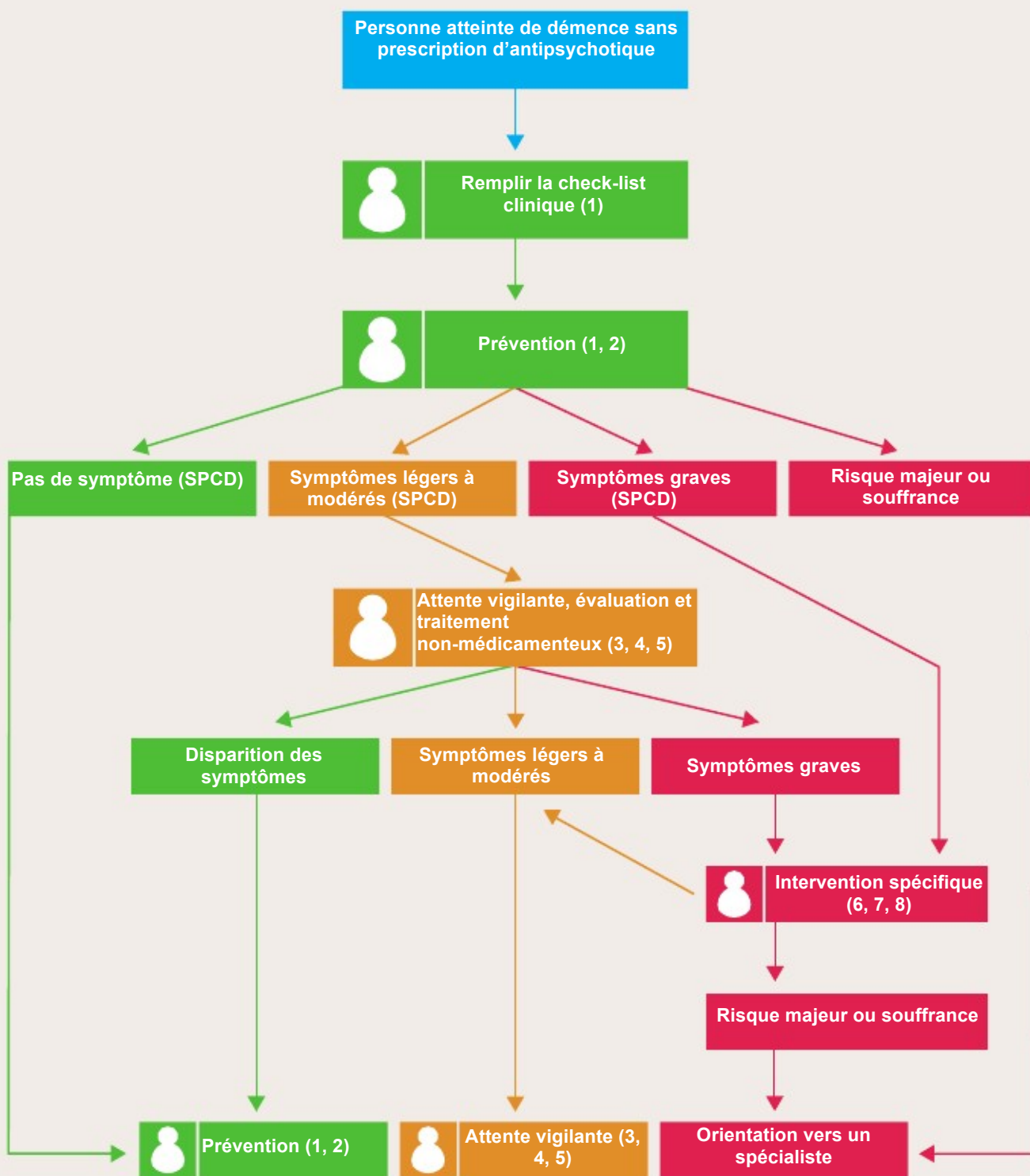
---

**Environ un quart des personnes institutionnalisées sont sous antipsychotique**

---

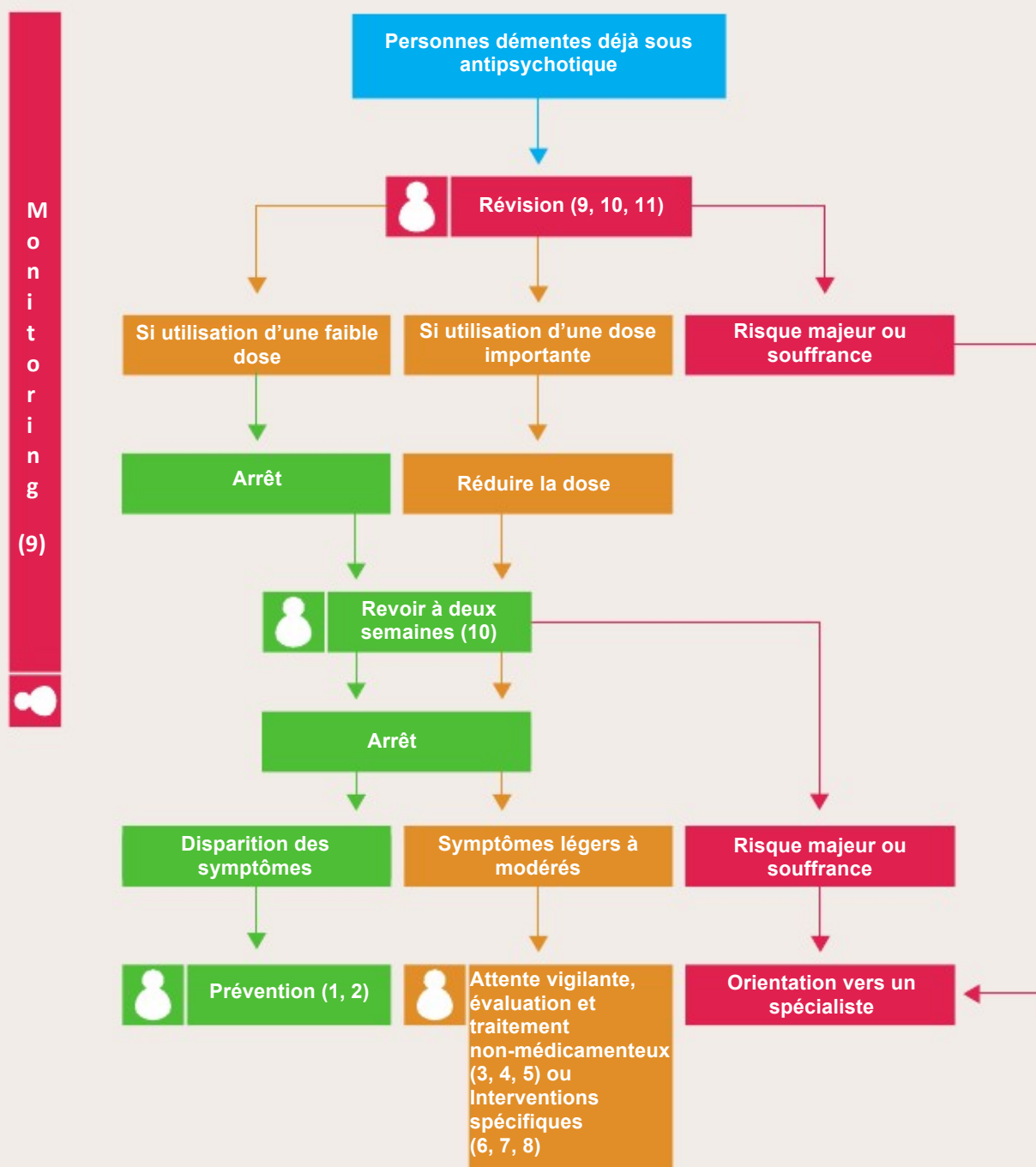
# Modalités pour les personnes n'ayant pas de traitement antipsychotique

Les chiffres entre parenthèses renvoient aux directives et aux graphiques de ce guide :



# Modalités pour les personnes ayant déjà un traitement antipsychotique

Les chiffres entre parenthèses renvoient aux directives et aux graphiques de ce guide :





# Prévention

## Check-list clinique

Cette check-list être remplie pour chaque personne atteinte de démence. Gardez ce tableau avec le dossier contenant les documents relatifs à la personne.

Nom:

Diagnostic actuel:

### Symptômes généraux

Inclure les symptômes connus et les informations basées sur les soins autour de la personne (voir 2 : Guide de prévention)

La « Clinical Global Impression of Change » (CGIC) est une échelle recommandée (annexe 1) pour évaluer le changement global. Si elle est utilisée, indiquer le score:

### Autres symptômes :

Notez tout autre symptôme significatif dans la case correspondante. Des échelles d'évaluation sont proposées (pour plus d'informations voir «Ressources» à la page 24).

**Douleur** (Échelle: Pain Rating Chart)

**Dépression** (Échelle: Cornell)

**Symptômes neuropsychiatriques** (Échelle: Inventaire Neuropsychiatrique)

**Délire et Confusion** (Échelle: Confusion Assessment Method)

**Autres problèmes de santé significatifs**

Signature:

Date:



**Les personnes atteintes de démence présentent souvent des SPCD. Beaucoup de personnes se voient prescrire des médicaments antipsychotiques dangereux. Cependant, il y a un certain nombre de méthodes simples qui peuvent prévenir le développement de ces symptômes avant que la prescription d'un médicament ne soit nécessaire.**

**Ce Guide expose les principales mesures à prendre pour prévenir activement ces symptômes.**

### Examen médical

Un examen médical approfondi est indispensable pour détecter les éventuels problèmes de santé généraux qui pourraient avoir une incidence sur la qualité de vie de la personne, son bien-être ou d'autres symptômes. Plus particulièrement, la douleur qui peut être un déclencheur majeur de l'agitation et l'agressivité, et les infections (des voies urinaires) qui peuvent augmenter un large éventail de SPCD. D'autres éléments déclencheurs clés incluent la déshydratation, la constipation et la malnutrition.

Tous les symptômes comportementaux significatifs devraient être documentés dans un dossier.

Pour chaque personne réaliser:

- un examen médical (y compris la revue des médicaments)
- une check-list des symptômes cliniquement pertinents (**voir 1: Prévention – Check-list clinique**)

### Comprendre la démence

Il est important que tout le personnel de soins soit conscient et comprenne les besoins d'une personne atteinte de démence, ses aspects, y compris les soins centrés sur la personne. La démence affecte les gens de différentes façons, en provoquant un large éventail de symptômes possible. Cela signifie qu'il n'y a pas « une » stratégie de soins.

Différents types de démence peuvent aussi exiger différentes approches de traitement en fonction des symptômes et du type de médicaments.

---

## La douleur est une cause fréquente des SPCD

---

Il est également important de reconnaître que les SPCD ne sont pas de « mauvais comportements » de la part de la personne. Ces symptômes sont souvent associés à des changements chimiques cérébraux ou sont déclenchés par des facteurs sociaux et environnementaux. De simples ajustements des interactions sociales et de l'environnement peuvent faire une différence.

### Reconnaître les déclencheurs et les signes avant-coureurs

Reconnaître les déclencheurs et les signes avant-coureurs qui peuvent précéder SPCD est crucial. Dans la plupart des cas le développement d'approches simples pour répondre à ces signes précoces peut aider à prévenir le développement des symptômes. Principaux signes :

- La douleur, l'inconfort, la malnutrition, la déshydratation, l'ennui et la maladie « physique » - déclencheurs communs souvent négligés
- Le stress, l'irritabilité, les troubles de l'humeur et la méfiance
- L'augmentation du niveau de souffrance
- Des signes précoces peuvent être remarqués à certains moments de la journée et peuvent indiquer un déclencheur spécifique.
- Bien que pas le déclencheur le plus fréquent, il est important d'être conscient de tout signe d'abus ou de négligence.

### Traitements pharmacologiques

Les Inhibiteurs de l'Acétylcholinestérase (Aricept, Exelon, Reminyl) et mémantine sont autorisés pour les formes légères à modérée et modérée à sévère de maladie d'Alzheimer. Il existe certaines preuves que les deux familles de médicaments peuvent retarder l'apparition des SPCD, offrant un avantage supplémentaire pour l'utilisation de ces options de traitement.



### Soins axés sur la personne

Cette approche de soins est basée sur la compréhension de l'histoire et des expériences de la personne (travail, vie, loisirs, famille, environnement et croyances religieuses) de ses goûts et dégoûts, et en prenant en compte son point de vue. Il est également important de s'assurer que la personne ait la possibilité d'entretenir des contacts humains et des relations chaleureuses avec les autres.

Les questions clés à poser sont les suivantes:

- La personne est-elle traitée avec dignité et respect?
- Connaissez-vous son histoire, son mode de vie, sa culture et ses préférences?
- Les soignants envisagent-ils la situation du point de vue de la personne atteinte de démence?
- La personne a-t-elle la possibilité d'entretenir des relations avec les autres?
- La personne a-t-elle la possibilité d'avoir du plaisir ou d'être stimulée?
- Est-ce que sa famille ou ses soignants ont été consultés?
- Est-ce que le plan de soins de la personne reflète ses besoins et capacités à communiquer?

Des approches plus détaillées sur les soins axés sur la personne sont décrites dans [4: Guide pour l'attente vigilante](#).

La formation du personnel à ses approches peut être utile.

### L'environnement

Il est important de considérer l'environnement de la personne et comment il pourrait l'affecter. Les questions clés à poser sont les suivantes:

- Si la personne est prise en charge au lit ou dans une chaise roulante, est-elle à l'aise et à l'abri de blessures de contention?
- La télévision ou la radio émet-elle une émission, un programme, quelque chose susceptible d'être reconnu ou apprécié par la personne?
- Si la personne est mobile, peut-elle se déplacer librement et avoir accès à l'espace extérieur?
- La personne considère-t-elle l'environnement comme son «chez-soi»? Contient-il des choses pour l'aider à se sentir à «la maison»?
- La technologie peut-elle servir d'assistance pour améliorer la liberté ou la sécurité?
- Si la personne porte des lunettes sont-elles adaptées? Propres?
- Si la personne a un appareil auditif, fonctionne-t-il correctement? Est-il allumé?
- Ne fait-il pas trop chaud ou trop froid?
- La personne a-t-elle faim? Les gens peuvent oublier de manger.

---

**Un SPCD a plus souvent une cause physique quand il apparaît soudainement. Un déclenchement plus lent est plus en lien avec des facteurs psychologiques**

---



## Interventions de première intention, évaluation et attente vigilante

### Check-list clinique

L'attente sous surveillance est un processus actif qui s'étale sur plus de quatre semaines impliquant une évaluation continue des facteurs déclencheurs et la mise en application de traitements non médicamenteux simples. Cela ne signifie pas «ne rien faire». Une proportion élevée de personnes atteintes de démence qui ont des SPCD connaissent une amélioration notable en quatre semaines sans traitement spécifique. L'attente vigilante est l'approche la plus sûre et la plus efficace à moins qu'il n'y ait de risque majeur ou une détresse extrême. Cette liste vous donnera quelques idées de traitements non-médicamenteux et d'évaluations pouvant augmenter la probabilité d'une issue favorable à l'attente vigilante.

Nom:

Diagnostic actuel:

#### Symptômes généraux

Inclure les symptômes connus et les informations basées sur les soins autour de la personne  
(Voir 4: Guide pour l'attente vigilante)

La Clinical Global Impression of Change (CGIC) est une échelle recommandée (annexe 1). Si elle est utilisée, indiquez le score:

#### Autres symptômes

Notez tout autre symptôme significatif dans la case correspondante. Des échelles d'évaluation sont proposées (pour plus d'informations voir «Ressources» à la page 24).

**Douleur** (Échelle: Pain Rating Chart)

**Dépression** (Échelle: Cornell)

**Symptômes neuropsychiatriques** (Échelle: Inventaire Neuropsychiatrique)

**Délire et Confusion** (Échelle: Confusion Assessment Method)

**Autres problèmes de santé significatifs**

Signature:

Date:



# Interventions de première intention, évaluation et attente vigilante

Guide

## Examen médical

L'apparition de SPCD chez toute personne devrait conduire à un examen médical complet.

## Soins axés sur la personne:

La première approche pour les SPCD est de développer **un plan de soins cliniques (5)** avec des traitements non médicamenteux de base centrés sur la personne. Il est important de concevoir le plan autour des besoins spécifiques de la personne, de ses capacités et de ses intérêts. Les principales considérations à prendre en compte sont les suivantes:

- Les soignants comprennent-ils comment la personne se sent? Le plan de soin est-il basé sur leur point de vue?
- Quelles sont les préférences de la personne et son opinion?
- Considérer les relations que la personne a avec les autres. Comment sont-elles prises en charge?
- Les soignants aident-ils la personne à se sentir confiante et non-isolée socialement ?
- Comment la personne est-elle impliquée dans les soins et les conversations?
- Comment font-ils preuve de respect, de chaleur humaine et d'acceptation?
- Les peurs de la personne sont-elles reconnues et considérées?
- Quels sont son histoire de vie, sa culture et ses intérêts?
- A-t-elle des problèmes sensoriels (par exemple auditifs ou visuels)?
- A-t-elle des problèmes pour communiquer?
- A-t-elle des besoins physiques ou des problèmes pour se déplacer ?
- Les soignants ont-ils envisagés des moyens de l'aider avec ses problèmes de perception ou de mémoire?

Travailler avec les accompagnants ou le personnel soignant à l'élaboration d'un plan de soins spécifiques centrés sur la personne et un programme d'activités peut faire une différence significative.

## Thérapies créatives et apaisantes

Bien qu'il n'y ait pas nécessairement une base de preuves solides pour les soutenir, l'aromathérapie et le massage peuvent aider à apaiser, comme le peuvent des serviettes chaudes ou des odeurs de cuisine, coiffer ou faire une manucure. La musique peut aider à améliorer l'humeur d'une personne. La musique du passé peut rappeler de bons souvenirs. Le chant et la danse peuvent stimuler les gens et élever les esprits. Il peut être utile d'essayer ces techniques si leur mise en place est possible dans l'institution.

## Traitements non médicamenteux de base

Ils pourraient inclure:

- L'élaboration d'un livre sur l'histoire de vie
- De courtes mais fréquentes conversations (même aussi courtes que 30 secondes ce sont avérées efficaces)
- Les soins personnels peuvent être une opportunité d'interaction sociale positive.
- [En France une liste d'intervention est disponible dans les programmes TNM et STIM EHPAD](#)

## Hygiène du sommeil

Il peut être utile de considérer:

- La réduction des siestes pendant la journée
- L'augmentation des activités durant la journée
- De convenir d'attentes réalistes pour la durée du sommeil.

## Consulter la famille

Il est essentiel de discuter des symptômes de la personne et des traitements possibles avec leur famille ou les accompagnants. Ils peuvent éclairer sur les causes des symptômes et sur les moyens d'obtenir un engagement dans les activités.

---

**La plupart des SPCD s'arrêteront après 4 semaines même sans traitement médicamenteux**

---



# Interventions de première intention, évaluation, attente vigilante

## Plan de soins cliniques (semaine 0)

Ce tableau devrait être complété quand des SPCD légers à modérés apparaissent. Ceci devrait être accompagné d'un examen médical et utilisé en parallèle de 4: Guide pour l'attente vigilante.

Nom:

Diagnostic actuel:

### Semaine 0

#### Quels sont les symptômes?

Quel est leur degré de  
sévérité?

Léger

Modéré

Sévère

#### Quels sont les risques:

Pour la personne

Pour les autres

A quel point la personne est-elle en souffrance?

Quels seraient les avantages pour la personne si les risques étaient considérés ?

#### Quels outils de vigilance sont mis en place dans le plan de soins ?

Evaluation de l'attente vigilante réalisée  (Faire un bref résumé de l'évaluation)

Bref résumé du plan de l'attente vigilante (basée sur 4: Guide pour l'attente vigilante)

Quel serait le signe d'amélioration pour cette personne (à utiliser comme mesure d'efficacité)?

Quel est le plan de soins futurs ?

Signature:

Date:



# Interventions de première intention, évaluation et attente vigilante

Plan de soins cliniques (semaines 1- 4)

## Semaines 1 - 4: Journal des progressions

Cet espace est destiné aux notes du personnel sur les interventions et les éventuels changements comportementaux.

Semaine 2 : Réévaluation Clinique   
réalisée

Signature:

Date:

## Semaine 4

Les symptômes se sont-ils améliorés? Signes d'amélioration repérés (identifiés à la semaine 0) ?

Il y a-t-il des risques pour la personne ou pour les autres? Ceci s'est-il amélioré ou aggravé pendant la période d'attente sous surveillance ?

La personne est-elle en souffrance? Ceci s'est-il amélioré ou aggravé pendant la période d'attente sous surveillance ?

Quel est le plan de soins à suivre?

- Prévention
- Renvoi à un spécialiste
- Continuer (donner les détails du plan de soins):

Signature:

Date:



# Interventions spécifiques

## Check-list clinique

Si les SPCD ne se sont pas améliorés grâce à l'attente vigilante, il est approprié d'essayer une intervention spécifique plus adaptée à l'individu. Cette check-list clinique devrait être complétée en utilisant le guide pour les interventions spécifiques (7) suivi par le développement d'un plan de soins cliniques (8).

Nom:

Diagnostic actuel:

### Symptômes généraux

Inclure les symptômes connus et les informations basées sur les soins autour de la personne  
(Voir 7: Guide pour les interventions spécifiques)

Risques et souffrance de la personne :

La Clinical Global Impression of Change (CGIC) est une échelle recommandée (annexe 1). Si elle est utilisée, indiquez le score:

### Autres symptômes

Notez tout autre symptôme significatif dans la case correspondante. Des échelles d'évaluation sont proposées (pour plus d'informations voir «Ressources» à la page 24).

**Douleur** (Échelle: Pain Rating Chart)

**Dépression** (Échelle: Cornell)

**Symptômes Neuropsychiatriques** (Échelle: Inventaire Neuropsychiatrique)

**Délire et confusion** (Échelle: Confusion Assessment Method)

**Autres problèmes de santé significatifs**

Signature:

Date:



# Interventions spécifiques

Guide

**Si les symptômes persistent après l'attente sous surveillance, il est approprié de tenter une intervention plus spécifique. Il est recommandé de tenter une intervention psychosociale avant tout traitement médicamenteux.**

## Examen médical

Toute personne présentant des SPCD persistants devraient avoir un examen médical

## Interventions psychosociales

Les interventions psychosociales sont plus adaptées, comme les approches plus systématisées centrées sur les soins à la personne (que celles décrites plus haut dans le guide pour l'attente sous surveillance).

Les étapes suivantes devraient être suivies pour élaborer **un plan de soins avec interventions spécifiques (8)**:

- Faire un examen complet de la santé physique et mentale, y compris **6: Check-list clinique**
- Considérer tous les aspects de la personne des soins centrés (voir **4: Guide pour l'attente vigilante**)
- Consulter la famille ou les soignants pour élaborer la meilleure approche
- Concevoir des interventions spécifiques (les approches brèves et simples ci-dessous ont prouvées leur efficacité et peuvent être administrées par le personnel soignant avec le soutien d'un clinicien)
- Etablir si le personnel soignant a besoin d'une formation spécifique sur la démence (un entraînement du personnel à la prise en charge peut réduire le recours aux antipsychotiques et améliorer l'agitation).

## Spécialiste des interventions psychosociales

Il ya de bonnes preuves de la valeur des interventions spécifiques mise en place par un psychologue clinicien ou un professionnel de la santé équivalent. Des approches appropriées impliquent le système ABC (pour **Antecedent Behaviour Consequence**) pour élaborer des plans d'intervention individualisés. Ces approches sont efficaces mais nécessitent d'être gérées par un spécialiste.

## Promouvoir les activités et l'exercice

Des données indiquent que l'exercice et la promotion des événements agréables améliorent la fonction physique, la cognition et l'humeur. Certaines de ces idées sont présentées dans les protocoles de Seattle (Voir les Ressources à la page 24). Certaines propositions comprennent:

- Exercices – stretching doux, entraînement de la force, de l'équilibre et de l'endurance
- Activités agréables – Construites à partir de la connaissance des goûts et des intérêts de la personne pour obtenir son engagement dans l'exercice ou l'activité
- La résolution de problèmes – demander à la personne de suggérer des façons de rendre l'activité plus agréable ou efficace.

## Activités personnalisées

Créer un menu d'activités agréables adapté à la personne et pouvant être complété avec le personnel soignant. Par exemple:

- Regarder des photos ou des images en rapport avec leur passé
- Jouer avec des outils spécifiques ou faire des puzzles
- Créer un album ou quelque chose d'équivalent
- Aller faire un tour.

## Améliorer les interactions sociales

Des thérapies psychosociales brèves peuvent aider à obtenir l'engagement des gens de façons à ce qu'ils les trouvent intéressantes et agréables. Elles comprennent généralement 10-30 minutes de conversation quotidienne ou une activité basée sur les intérêts de la personne, ses loisirs, son histoire et ses capacités, mais également du feedback des soignants et/ou de la famille.

---

**Deux tiers des personnes institutionnalisées ont une démence**

---



# Interventions spécifiques

## Guide (suite)

### Traitements médicamenteux

L'approche pharmacologique devrait être tentée si elle est appropriée aux symptômes (basée sur **6: Check-list clinique**).

#### Dépression

L'efficacité d'un traitement médicamenteux de la dépression chez les personnes atteintes de démence n'a pas été établie. Les événements positifs et l'exercice sont efficaces pour la dépression légère à modérée. Pour la dépression sévère un traitement médicamenteux serait approprié.

Citalopram 10 mg/jour (max 20 mg/jour)\*

#### Troubles du sommeil

Lorsque les troubles du sommeil sont le principal problème et que les mesures pour améliorer l'hygiène du sommeil ont échouées, un traitement à court terme (4 semaines) avec un hypnotique comme le Zopiclone (3,75 mg / jour (max 7.5 mg / jour) ou le Zolpidem (5 mg / jour) peut être utile. Toutefois, ceci n'est supporté que par des preuves isolées.\*\*

#### Agitation, agressivité et psychose

Quand toutes les autres interventions spécifiques ont été inefficaces et les symptômes à la source d'une souffrance importante ou de risques, il est possible de tenter un traitement médicamenteux spécifique ciblé sur les SPCD. Il n'existe que des preuves préliminaires du bénéfice des non-antipsychotiques biens qu'ils puissent un profil plus sûr (voir la référence 14).

#### Antalgiques

Basé sur l'évaluation de la douleur, Paracétamol 1g (Jusqu'à 4 fois par jour)\*\*\*

#### Les traitements de la maladie d'Alzheimer

Il existe des preuves que les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (Aricept, Exelon, Remyntyl) et la mémantine pourraient améliorer la cognition des personnes agitées.

Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase n'améliorent pas spécifiquement l'agitation.

#### Antipsychotiques

Avant toute prescription d'un antipsychotique, il est recommandé

- D'évaluer le rapport bénéfices/risques.
- D'utiliser systématiquement la posologie initiale la plus basse possible, de l'ordre du quart des posologies usuelles chez l'adulte jeune, puis l'augmenter progressivement si besoin ;
- De prescrire le traitement pour une durée très limitée ;
- De réévaluer systématiquement, au moins toutes les semaines, la tolérance physique, neurologique et cognitive et l'efficacité symptomatique ;
- Arrêter les antipsychotiques dès que l'état clinique le permet ou dès que les autres mesures thérapeutiques sont devenues efficaces (*cf information complète sur les recommandations Maladies d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportements perturbateurs - HAS 2009*)

**Attention: les antipsychotiques ne doivent pas être utilisés chez une personne atteinte de démence à corps de Lewy sans l'avis d'un spécialiste.**

Les autres traitements non mentionnés à la référence 14 en tant qu'option de traitement médicamenteux (par exemple les Benzodiazépines) n'ont pas de preuve de bénéfice et peuvent augmenter le risque d'autres effets indésirables tels que les chutes.

\* Données préliminaires des bénéfices dans deux RCTs, même en l'absence de dépression

\*\* Augmentation du risque d'insuffisance rénale et hépatique, et de la confusion.

\*\*\* À partir de donnée de RCT d'un traitement antalgique par pallier sur l'agitation

\*\*\*\* Effets secondaires beaucoup plus sévères



# Interventions spécifiques

Plan de soins (Semaine 0)

Nom:

Diagnostic actuel:

**Semaine 0 :**

**Quels sont les symptômes?**

**Quels sont les risques :**

Pour la personne

Pour les autres

**A quel point la personne est-elle en souffrance?**

**Dans quelle mesure le niveau de risque et de souffrance requiert un traitement spécifique ?**

**Quels seraient les avantages pour la personne si les risques étaient considérés ?**

Examen médical réalisé

Check-list Clinique réalisée

Evaluation des soins centrés  
sur la personne réalisée

**Résumé des résultats de l'évaluation des soins centrés sur la personne :**



# Interventions spécifiques

Plan de soins (Semaine 0) suite

**Caractéristiques principales des risques et de la souffrance de la personne:**

**Objectifs du plan de soins (Que serait un signe d'amélioration pour cette personne?):**

**Comment les progrès pourraient-ils être évalués?**

**Raisons du choix de l'intervention (psychosociale vs pharmacologique)?**

**Quel contrôle de la sécurité est mis en place?**

**Signature:**

**Date:**

Si un traitement antipsychotique est mis en place se référer à

**9: Prescription d'antipsychotiques – Conseils pour la mise en place d'un monitoring.**



# Interventions spécifiques

Plan de soins (Semaines 6 –12)

## Semaines 6 –12

Les symptômes se sont-ils améliorés? Le signe d'amélioration (identifié à la semaine 0) a-t-il été mis en évidence ?

Existe-t-il un quelconque risque pour la personne ou pour les autres? Ce domaine est-il amélioré ou aggravé avec l'intervention spécifique?

La personne est-elle en souffrance? Ce domaine est-il amélioré ou aggravé avec l'intervention spécifique?

Quel est le plan de soins à suivre?

Attente vigilante

Renvoi à un spécialiste

Continuer (Donner les détails du plan de soins):

Signature:

Date:

Si un traitement antipsychotique est mis en place se référer à

**9: Prescription d'antipsychotiques – Conseils pour la mise en place d'un monitoring.**



# Prescription des antipsychotiques

## Conseils pour la surveillance Plan de suivi

Les antipsychotiques sont connus comme dangereux et pouvant avoir de graves effets secondaires. Il est essentiel que toute personne ayant une prescription soit suivie pour contrôler les effets secondaires et la progression des symptômes. Cette méthode devrait être systématique pour chaque personne atteinte de démence quand une prescription d'antipsychotiques est démarrée.

### Effets indésirables des antipsychotiques

Les effets indésirables les plus importants associés aux antipsychotiques sont le parkinsonisme, les chutes, la déshydratation, les infections pulmonaires, œdème de la cheville, la thrombose veineuse profonde / embolie pulmonaire, l'arythmie cardiaque et l'accident vasculaire cérébral (avec un risque plus élevé dans les quatre premières semaines de traitement).

Les antipsychotiques sont par ailleurs associées à l'accroissement de la mortalité à long terme (souvent en lien avec une pneumonie ou des accidents thrombo-emboliques) pouvant être dû à une sur-sédation et une déshydratation.

Un suivi hebdomadaire de la sédation, des apports hydriques et la surveillance des indicateurs précoces d'une infection thoracique est fortement recommandé.

**Attention: les antipsychotiques ne doivent pas être utilisés chez une personne atteinte d'une démence à corps de Lewy (LBD) sans l'avis d'un spécialiste.**

Nom:

Diagnostic actuel:

Prescription actuelle:

Suivi par le médecin généraliste / infirmière:

Suivi quotidien par l'équipe soignante:

Plan général de suivi et des examens:

Signature:

Date:



# Prescription des antipsychotiques

## Liste de conseils

**Toutes les prescriptions d'antipsychotiques devraient être revues à 6 et / ou 12 semaines de traitement. Un arrêt de traitement ne doit être réalisé que par défaut, sauf dans des circonstances extrêmes. Ces conseils devraient être mis en pratique lors de l'examen des prescriptions médicales et utilisés pour compléter 11: Examen des dossiers**

### **Interruption de la prescription d'antipsychotiques**

**70% des gens ne présentent aucune aggravation des symptômes lors de l'interruption de la prise d'antipsychotiques.**

Pour ceux présentant une aggravation des symptômes, les 4 premières semaines sont les plus difficiles mais gérables efficacement avec l'attente vigilante, évitant la nécessité de relancer les antipsychotiques.

Le risque de récurrence des symptômes comportementaux et psychiatriques après l'arrêt des médicaments peut être plus important si:

- un arrêt précédent à provoquer une aggravation des symptômes et justifier une remise sous traitement
- la personne présente de graves symptômes.

**Sauf s'il existe des risques graves ou une détresse extrême, les recommandations par défaut sont d'interrompre les antipsychotiques et de suivre / évaluer les personnes en utilisant l'attente vigilante ou des interventions spécifiques (voir attente vigilante / interventions spécifiques (3, 4, 5, 6, 7, 8).**

Si les symptômes restent sévères (avec risque grave associé et / ou de détresse) et qu'un traitement avec des antipsychotiques est considéré comme cliniquement nécessaire, une orientation vers des services spécialisés est conseillée. Pour la surveillance continue de la sécurité se référer à **9: Prescription antipsychotiques - Conseils pour la surveillance et plan de suivi.**

**Si la personne a une faible dose** procéder directement à l'arrêt du traitement et au suivi\*

- Faible dose Risperidone = 0.5mg (500 microgrammes)
- Faible dose Olanzapine = 2.5mg
- Faible dose Quetiapine = 50mg
- Faible dose Aripiprazole = 5mg

\*Suggestion de dosage.

### **Si la personne à un dosage plus élevé**

- Réduire la dose de moitié pendant 2 semaines
- Révision et suivi à deux semaines par le médecin généraliste
- Interruption du traitement après la deuxième semaine

---

**Au moins 30% des prescriptions d'antipsychotiques pourraient être réduites ou interrompues sans effets négatifs**

---



# Prescription des antipsychotiques

## Liste de conseils

Ce tableau doit être rempli pour chaque patient avant l'arrêt ou le maintien de la prescription d'un antipsychotique. Toutes les prescriptions doivent être revues à six semaines (recommandé) ou 12 semaines.

Nom:

Diagnostic actuel:

Prescription actuelle:

### Quels sont les symptômes?

Quel est leur degré de sévérité?

Léger

Modéré

Sévère

### Quels sont les risques:

Pour la personne

Pour les autres

A quel point la personne est-elle en souffrance?

Quels seraient les avantages pour la personne si les risques étaient considérés?

Décision sur le traitement médical:

Arrêt  Poursuivre la prescription

Détails:

Quel serait le signe d'une amélioration ou d'une stabilisation pour cette personne?

Quel est le plan de suivi?

Si les antipsychotiques sont arrêtés, quel soutien supplémentaire est nécessaire les quatre semaines suivant l'arrêt du traitement?

Signature:

Date:

# Ressources

---

## Echelles d'évaluation

Une gamme complète d'échelles d'évaluation est disponible dans *Old Age Psychiatry*, 2<sup>ème</sup> édition (2004) Editeurs: Alistair Burns, Brian Lawlor et Sarah Craig, Martin Dunitz: Taylor et Francis Group, Londres.

Certaines de ces échelles seront disponibles gratuitement en ligne, mais nous recommandons de vérifier le copyright avant de les utiliser.

## Guide de bonnes pratiques

Démence (CG42): Soutenir les personnes atteintes de démence et leurs soignants dans les prises en charges médicales et sociales (2006) National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponible en ligne sur:

<http://egap.evidence.nhs.uk/CG42/>

Bonnes pratiques dans la prescription de médicaments – Guide à l'usage des médecins. General Medical Council. Disponible en ligne sur : [www.gmc-uk.org/guidance/ethical\\_guidance/prescriptions\\_faqs.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/prescriptions_faqs.asp)

Ce document inclut parallèlement un guide pour des prescriptions hors licence.

British National Formulary. Disponible sur [www.bnf.org](http://www.bnf.org)

## Protocoles d'interventions pour les traitements non médicamenteux

Le protocole de Seattle : [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2518041/?tool=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2518041/?tool=pubmed)

Simple Pleasures: A multilevel sensorimotor intervention for nursing home residents with dementia (1999) Linda L. Buettner. Disponible par email : [rth@uncg.edu](mailto:rth@uncg.edu)

Pour plus d'information sur les interventions « Simple Pleasures » :

[www.uncg.edu/rth/faculty/lindabuettner.html](http://www.uncg.edu/rth/faculty/lindabuettner.html)

L'approche ABC (Antecedent behaviour consequence): [www.specialconnections.ku.edu/cgi-bin/cgiwrap/specconn/main.php?cat=behavior&section=main&subsection=fba/abc](http://www.specialconnections.ku.edu/cgi-bin/cgiwrap/specconn/main.php?cat=behavior&section=main&subsection=fba/abc)

Intervention ciblée sur la formation du personnel (FITS) Manuel du programme: Evidence-based approaches for improving dementia care in care homes. Jane Fossey et Ian James (2008). Disponible par email à l'Alzheimer's Society: [research@alzheimers.org.uk](mailto:research@alzheimers.org.uk)

D'autres interventions et des références clés sont incluses dans la liste de référence sur [www.alzheimers.org.uk/bpsdguide](http://www.alzheimers.org.uk/bpsdguide)

# Nos partenaires

---

L'Alzheimer's Society (UK) travaille avec un certain nombre d'organisations pour réduire l'utilisation de médicaments antipsychotiques dans la prise en charge des SPCD.

## **Dementia Action Alliance**

La Dementia Action Alliance est constituée de plus de 40 organismes voués à la transformation de la qualité de vie des personnes atteintes de démence au Royaume-Uni et les millions de personnes qui prennent soin d'eux.

[www.dementiaaction.org.uk](http://www.dementiaaction.org.uk)

## **Ministère de la Santé**

Le Ministère de la Santé s'est engagé à améliorer la qualité et la commodité des soins dispensés par le NHS et les services sociaux. Son travail comprend l'établissement de normes nationales, l'orientation de la santé et des services sociaux et la promotion d'un mode de vie plus sain.

[www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk)

## **Royal College of General Practitioners (RCGP)**

Le Royal College of General Practitioners (RCGP) est une association constituée de médecins de famille s'engageant à offrir le meilleur en médecine générale et en soins aux patients, au Royaume-Uni et à l'étranger.

[www.rcgp.org.uk](http://www.rcgp.org.uk)

## **Royal College of Psychiatrists (RCPsych)**

Le Royal College of Psychiatrists est l'organisme professionnel et éducatif des psychiatres au Royaume-Uni. Ce Collège établit des normes et encourage l'excellence en psychiatrie et en santé mentale. Il mène, représente et soutient les psychiatres dans le Royaume-Uni, et travaille avec les usagers, les aidants et des organisations similaires.

[www.rcpsych.ac.uk](http://www.rcpsych.ac.uk)

## **College of Mental Health Pharmacy**

Le Collège of Mental Health Pharmacy est un organisme de bienfaisance répertorié visant à assurer le meilleur traitement médicamenteux pour les personnes ayant des besoins en santé mentale. Le Collège estime que les soins médicamenteux pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale est améliorée en fournissant à ses membres un enseignement de haute qualité et un soutien sur les conditions de la santé mentale et leur gestion.

[www.cmhp.org.uk](http://www.cmhp.org.uk)

# Appendices 1: Attente vigilante Quand intervient-elle? Tableau

---

<b>Nom:</b>	<b>Diagnostic actuel:</b>
-------------	---------------------------

<b>Description du symptôme/incident (y compris le moment du jour et les personnes présentes)</b>
<b>Les déclencheurs possibles?</b>
<b>Action mise en place:</b>

<b>Signature:</b>	<b>Date:</b>
-------------------	--------------

<b>Description du symptôme/incident (y compris le moment du jour et les personnes présentes)</b>
<b>Les déclencheurs possibles?</b>
<b>Action mise en place:</b>

<b>Signature:</b>	<b>Date:</b>
-------------------	--------------

---

Alzheimer's Society est au premier plan du soutien et de la recherche caritative au Royaume-Uni pour les personnes atteintes de démence, leurs familles et leurs soignants. Alzheimer's Society propose de l'information et un soutien aux personnes atteintes de toute forme de démence et à leurs soignants à travers nos publications, une Téléassistance nationale sur les démences, un site web, et plus de 2000 services locaux. Nous militons pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de démence et une plus grande compréhension de ces pathologies. Nous finançons aussi un programme novateur de recherche médicale et sociale dans la recherche de causes, de traitements et de prévention de la démence et des soins apportés aux personnes.

La Fédération nationale des Centre Mémoire de Ressources et de recherche Française regroupe les 27 CMRR Français. Chaque CMRR à 4 missions : soin, enseignement, recherche et animation de réseau. Dans cette dernière mission chaque CMRR a mis en place des liens avec le réseau des Consultations mémoire, des accueils de jour et l'association des familles France Alzheimer.

Le CMRR du CHU de Nice à mis en place à la demande de la Direction Générale de la santé des programmes de formations pour le développement des traitements non pharmacologiques pour les SPCD. Des informations sur ces programmes sont disponibles à l'adresse suivante: <http://www.cmrr-nice.fr/?p=tnm>

Si vous avez des préoccupations au sujet de la maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence, allez sur le site [alzheimers.org.uk](http://alzheimers.org.uk) ou appelez la Téléassistance **Alzheimer's Society National Dementia Helpline** au **0845 3000 336** ou au **028 9066 4100** en Irlande du Nord. (Des interprètes sont disponibles pour n'importe quelle langue. Les appels peuvent être enregistrés ou surveillés à des fins de formation ou d'évaluation.)

En France vous pouvez contacter les sites suivants :

Le site du plan National Alzheimer : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

Le site de l'association France Alzheimer : <http://www.francealzheimer.org/>

Alzheimer's Society  
Devon House  
58 St Katharine's Way  
Londres E1W 1LB

Téléphone: **020 7423 3500**  
Fax: **020 7423 3501**  
Email : [info@alzheimers.org.uk](mailto:info@alzheimers.org.uk)  
[alzheimers.org.uk](http://alzheimers.org.uk)