



MODULE 5 :

Non-pharmacological management

Préface	3
Remerciements	4
Abréviations	5
Principaux points à retenir	7
Principes généraux	8
Approches axées sur le milieu environnant	9
Milieu physique	9
Cadre temporel	9
Atmosphère nocturne	10
<i>Programmes d'hygiène du sommeil</i>	10
Considérations au plan sensoriel	11
Considérations au plan de l'alimentation	12
Approches comportementales	13
En cas de dépression	14
<i>Stratégies recommandées</i>	14
En cas d'agitation et de comportement agressif	14
<i>Stratégies recommandées</i>	14
En cas d'errance	15
<i>Stratégies recommandées</i>	15
En cas de questions ou de gestes répétitifs	15
<i>Stratégies recommandées</i>	15
En cas de comportement sexuel inapproprié	16
<i>Stratégies recommandées</i>	16

TABLE DES MATIÈRES

Préface

Les recherches consacrées à la démence ont porté avant tout sur les symptômes cognitifs. D'autre part, les chercheurs ont, ces dernières années, manifesté un intérêt croissant pour les modifications des capacités fonctionnelles des patients déments, y compris la réduction de la capacité à accomplir les activités normales de la vie quotidienne. Bien que ces aspects présentent un intérêt manifeste, la série de modules de formation que nous vous proposons se concentrera sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), historiquement appelés « troubles comportementaux ».

Au propre comme au figuré, les SCPD constituent un lourd fardeau, à la fois pour le patient et l'aidant, en raison de la détresse et de l'incapacité qu'ils entraînent en l'absence de traitement. C'est ce qui a motivé la mise en œuvre de ce Programme de formation. Nous sommes convaincus que les SCPD sont faciles à reconnaître, à comprendre et, fait extrêmement important, à traiter. L'identification et la prise en charge des SCPD par des moyens adéquats représentent donc d'importants facteurs d'amélioration du soutien que nous pouvons fournir aux patients déments et à leurs aidants.

Ce Programme de formation sur les SCPD s'inspire des matériels présentés à la conférence de consensus organisée au printemps 1996 par le groupe de travail de l'International Psychogeriatric Association (IPA) chargé d'étudier les troubles comportementaux de la démence. Avant ces dernières années, les travaux de recherche consacrés à l'identification et au traitement des SCPD ont été rares et quelque peu disparates. En réunissant un groupe d'experts de renommée internationale chargés de l'étude de la démence, la conférence de consensus a franchi en effet les premières étapes sur la voie menant à la reconnaissance officielle du fait que les SCPD constituent un ensemble de symptômes caractéristiques de la démence, et qu'ils justifient par conséquent une étude plus approfondie.

On ne s'étonnera pas qu'une grande partie du matériel présenté dans ces sept modules concerne la démence de type Alzheimer, puisque la maladie d'Alzheimer représente la forme la plus commune de démence. Toutefois, une bonne partie de la symptomatologie et de nombreuses interventions traitées ici s'appliquent à toutes les démences, quel que soit leur type. Les quelques exceptions à cette règle sont signalées et nettement différenciées.

Nous espérons que ces modules vous permettront de vous familiariser avec le mode de présentation et l'étiologie des SCPD et qu'ils vous offriront des lignes directrices claires quant aux traitements appropriés, pharmacologiques ou non. Nous avons également souhaité vous donner des renseignements quant à la formation et au soutien des aidants. Nous vous suggérons d'utiliser les listes de références et de lectures recommandées annexées à la fin de chaque module. Nous nous sommes efforcés de garder un juste milieu entre la concision et l'apport d'une somme de détails suffisante pour refléter l'utilité pratique de ces concepts généraux.

Nous espérons en outre que le matériel que nous vous présentons ici contribuera à l'amélioration de la prise en charge des patients déments touchés par des SCPD et à la réduction d'une partie du stress et des épreuves auxquels les aidants et les familles de ces malades doivent souvent faire face.

Sanford I Finkel, *directeur de la rédaction*
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences and Alzheimer's Disease Center
Northwestern University Medical School
Chicago, Illinois, É.-U.

Remerciements

La réalisation du Programme de formation de l'IPA sur les SCPD a été rendue possible grâce aux efforts concertés de plusieurs experts du domaine de la démence et des symptômes comportementaux et psychologiques qui lui sont associés.

Directeur de la rédaction Sanford I Finkel (É.-U.)

Rédacteurs chargés des modules

Module 1	Introduction aux SCPD	Sanford I Finkel (É.-U.)
Module 2	Enjeux cliniques	Jay Luxenberg (É.-U.)
Module 3	Étiologie	Michael Zaudig (Allemagne)
Module 4	Aidants	Henry Brodaty (Australie)
Module 5	Prise en charge non pharmacologique	Peter Rabins (É.-U.)
Module 6	Prise en charge pharmacologique	Brian Lawlor (Irlande)
Module 7	Considérations transculturelles et transnationales	Akira Homma (Japon)

Co-auteurs

Takashi Asada (Japon)	Engin Eker (Turquie)	Barry Reisberg (É.-U.)
Lesley Blake (É.-U.)	Serge Gauthier (Canada)	Karen Ritchie (France)
Alistair Burns (R.-U.)	Ingalill Hallberg (Suède)	Barry Rovner (É.-U.)
Eric Caine (É.-U.)	Suzanne Hanser (É.-U.)	Richard Scultz (É.-U.)
Vijay Chandra (Inde)	Martin Haupt (Allemagne)	Meinhardt Tropper (Israël)
Carolyn Cooler (É.-U.)	Hugh Hendrie (É.-U.)	Joy Webster (É.-U.)
Jeffrey Cummings (É.-U.)	Timothy Howell (É.-U.)	Peter Whitehouse (É.-U.)
Davangere Devanand (É.-U.)	Daniel Krause (É.-U.)	Steven Zarit (É.-U.)
Robin Eastwood (É.-U.)	Jacobo Mintzer (É.-U.)	

À propos de l'IPA

L'International Psychogeriatric Association (IPA) fournit des renseignements aux médecins, aux professionnels de la santé et aux scientifiques sur les aspects comportementaux et biologiques des troubles mentaux des personnes âgées par le biais de publications, de réunions et de projets de formation particuliers. L'IPA tient ces professionnels au courant des dernières nouvelles diffusées à l'échelle internationale concernant la recherche, la pratique clinique, les projets novateurs et les publications marquantes dans son domaine d'activité. En outre, l'IPA œuvre activement à promouvoir une vaste gamme de travaux de recherche et à améliorer la compréhension des problèmes psychogériatriques dans le monde.

Pour toute information complémentaire, veuillez contacter :

IPA Secretariat, 550 Frontage Road,
Suite 2820, Northfield, IL 60093, É.-U.

Tél. : +1 847 784 1701;

Fax : +1 847 784 1705; courriel : ipa@ipa-online.org

Site Web : <http://www.ipa-online.org>



Abréviations

ADAMHA	Alcool, Drug Abuse and Mental Health Administration (Administration responsable de la prise en charge de l'alcoolisme, de la toxicomanie et de la santé mentale aux États-Unis)
ADAS-noncog	Alzheimer's Disease Assessment Scale (noncognitive portion) [Échelle d'évaluation de la maladie d'Alzheimer (symptômes non cognitifs)]
BEHAVE-AD	Behavioral Pathologic Rating Scale for Alzheimer's Disease (Échelle d'évaluation des comportements pathologiques de la maladie d'Alzheimer)
CAED	Consortium Argentino para el Estudio de las Demencias (Consortium argentin pour l'étude des démences)
CAMDEX	Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (Examen de Cambridge pour l'évaluation des troubles mentaux chez les personnes âgées)
CASI	Cognitive Abilities Screening Instrument (Instrument de dépistage des capacités cognitives)
CERAD	Consortium to Establish a Registry in Alzheimer's Disease (Consortium pour la constitution d'un registre sur la maladie d'Alzheimer)
CIDI	Composite International Diagnostic Interview (Interrogatoire diagnostique composite international)
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory (Inventaire de l'agitation de Cohen-Mansfield)
COBRA	Caretaker Obstreperous-Behavior Rating Assessment Scale (Échelle d'évaluation des comportements rebelles par les aidants)
CSID	Community Screening Instrument for Dementia (Instrument de dépistage de la démence en milieu extra-hospitalier)
CUSPAD	Columbia University Scale for Psychopathology in Alzheimer's Disease (Échelle de psychopathologie de la maladie d'Alzheimer de l'Université Columbia)
DIS	Diagnostic Interview Schedule (Entretien diagnostique standardisé)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth edition) [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4 ^e édition)]
ECT	Électroconvulsivothérapie
GBS	Gottfries-Bråne-Steen Scale (Échelle de Gottfries-Bråne-Steen)
GDS	Geriatric Depression Scale (Échelle de dépression gériatrique)
HHS	Hypothalamo-hypophyso-surrénalien
IPA	International Psychogeriatric Association (Association psychogériatrique internationale)
MA	Maladie d'Alzheimer
MHPG	3-méthoxy-4-hydroxy-phénylglycol
MMSE	Mini-Mental State Examination (Mini-examen de l'état mental)

Abréviations (suite)

NINCDS-ADRDA	National Institute of the Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease-Related Disorders Association* (Institut national pour le traitement des troubles neurologiques et de la communication et des accidents vasculaires cérébraux, Association pour le traitement des troubles liés à la maladie d'Alzheimer)
NOSIE	Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (Échelle d'observation des infirmières en vue de l'évaluation de l'état des patients hospitalisés)
NPI	Neuropsychiatric Inventory (Inventaire neuropsychiatrique)
NRS	Neurobehavior Rating Scale (Échelle d'évaluation du comportement d'origine neurologique)
OMS	Organisation mondiale de la santé
SCAG	Sandoz Clinical Assessment Geriatric Scale (Échelle d'évaluation gériatrique clinique de Sandoz)
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SEP	Symptômes extrapyramidaux

* Actuellement appelée Alzheimer's Association

Principaux points à retenir

- On privilégie généralement une approche non pharmacologique en présence de symptômes comportementaux et psychologiques peu sévères chez un patient souffrant de démence, bien que les travaux de recherche validant nombre de ces approches soient encore limités.
- Dans les cas modérés ou sévères de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), la pharmacothérapie s'impose nettement, souvent (mais pas toujours) de concert avec une approche non pharmacologique.
- Les symptômes qui répondent le mieux à l'approche non pharmacologique comprennent :
 - la dépression légère/l'apathie
 - l'errance/l'agitation
 - les questions répétées/les tics
- Le milieu idéal pour un patient atteint de démence est une ambiance dépourvue de stress, stable et familière.
- Une stratégie typique de mise en route d'un traitement comportemental peut consister à :
 - identifier les SCPD à traiter
 - recueillir des renseignements sur ces SCPD
 - identifier ce qui déclenche un symptôme particulier ou ce qui en découle
 - se fixer des objectifs réalistes, puis établir un plan de traitement
 - motiver les aidants à s'accorder une récompense à eux-mêmes et à d'autres lorsqu'ils atteignent certains objectifs
 - évaluer continuellement les progrès et y adapter les plans de traitement
- La récréothérapie, la musicothérapie et la luminothérapie, techniques parfois utilisées chez les patients atteints de démence, constituent des approches dont on a démontré qu'elles diminuent l'angoisse et l'agitation chez d'autres populations.
- L'approche psychologique, dont la psychothérapie (individuelle, de groupe et familiale), peut s'avérer utile, surtout aux premiers stades de la démence.

Principes généraux

Un traitement non pharmacologique devrait constituer l'approche de premier choix en présence de certains des SCPD les plus légers. On veillera à se reporter au module 4 lors de l'étude du présent module, car nombre des approches non pharmacologiques décrites ici seront mises en œuvre par les aidants. C'est pourquoi les interventions, pour avoir un effet positif, devraient être conçues de manière à être facilement assimilées et mises en œuvre par un membre de la famille ou le personnel soignant d'un établissement.

- ▲ Pour des raisons de réduction des coûts et vu que la plupart des patients atteints de démence sont pris en charge à leur domicile ou dans un établissement de soins de longue durée, une approche peu coûteuse et ne faisant pas appel à des moyens techniques élaborés aura de meilleures chances d'être adoptée à grande échelle et, par conséquent, d'avoir un impact significatif.

Certains principes généraux sous-tendent une prise en charge non pharmacologique. D'abord, avant d'amorcer un traitement, il importe de dépister et de traiter toute maladie qui pourrait être à l'origine des SCPD. Par la suite, il faudra adapter continuellement le traitement à l'évolution du patient, car les soins, pour être efficaces, doivent être individualisés en fonction de chaque cas.

Les aidants comptent pour beaucoup dans les soins donnés au patient, mais le fardeau de ces soins risque d'être éprouvant (voir le module 4). Comme l'individualisation est essentielle au succès d'une approche non pharmacologique, l'aidant doit non seulement assumer la charge des soins indiqués au patient atteint de SCPD, mais également être en mesure de s'adapter aux modifications du plan de traitement. Le niveau de stress auquel les aidants doivent faire face peut influencer leur capacité de s'adapter sans problème à ces modifications. De façon plus fondamentale, la dignité des patients et des aidants devrait être respectée en toute circonstance, et leurs désirs pris en considération tout au long du traitement.

Approches axées sur le milieu environnant

Les approches axées sur le milieu environnant sont fondées sur la constatation qu'une personne souffrant de démence devient incapable de s'adapter. C'est par conséquent son milieu de vie que l'on doit adapter à ses besoins particuliers. Le milieu idéal doit être non stressant, stable et familier (Eimer, 1989). Un milieu stressant peut contribuer à l'apparition de SCPD ou les aggraver. Par contre, un environnement rassurant peut les soulager.

L'errance est un SCPD particulier qui a donné lieu à plusieurs recommandations relatives au milieu physique. Que le patient soit traité à la maison ou en établissement, l'errance menace sa sécurité et constitue une importante source d'inquiétude pour les aidants.

Parmi les dispositions permettant de diminuer l'errance dangereuse, on trouve :

- la protection des lieux où peut circuler le patient - à l'intérieur ou dans des aires extérieures clôturées
- des serrures à combinaison ne pouvant être ouvertes que par des personnes sans atteinte cognitive
- l'installation de cloisons
- un bracelet électronique
- un système d'alarme électronique

De façon plus générale, les facteurs suivants aident à créer un milieu « non stressant » pour les patients qui souffrent de démence :

- l'usage d'un éclairage diffus et de couleurs apaisantes, comme havane ou pêche (y compris la couleur des uniformes)
- des tapis pour absorber le bruit
- une musique douce

Les facteurs suivants seraient probablement néfastes, déroutants ou anxiogènes :

- un décor abstrait ou bigarré, qui peut être déconcertant ou dérangent
- des miroirs (en dehors des zones d'habillage ou des toilettes), qui peuvent être déconcertants
- une sonnerie de téléphone ou un système de haut-parleurs à volume excessif
- des changements fréquents de la décoration ou de l'aménagement des pièces.

Il est important que l'emploi du temps des patients souffrant de démence demeure aussi régulier que possible, parce que des activités non familières risquent de provoquer un stress susceptible d'aggraver les SCPD (Orrell et Bebbington, 1995). Toute modification de la routine devrait se faire aussi graduellement que possible, et les aidants devraient donner aux patients le temps de s'habituer à tout changement de leurs habitudes quotidiennes.

Milieu physique

Cadre temporel

D'importantes perturbations des périodes d'activité et de repos se produisent même aux stades précoces de la maladie d'Alzheimer (MA) et s'amplifient parallèlement à l'aggravation de la maladie (Bliwise et coll., 1993; Vitiello, 1992). Tant le milieu physique que le cadre temporel peuvent avoir une influence sur la structure du sommeil; on pense cependant que les perturbations du rythme circadien, qui peuvent avoir des causes biologiques ou dépendre du milieu de vie (voir le module 3), contribuent de façon substantielle aux troubles du sommeil nocturne, à la perturbation de l'architecture du sommeil et à l'augmentation des périodes diurnes d'assoupissement que l'on observe chez les patients atteints de démence. Une détérioration de la structure du sommeil donne lieu à une diminution de la qualité de la vie des patients comme des aidants et augmente considérablement l'anxiété et la fatigue de ces derniers, ce qui leur donne souvent l'impression d'une « journée de 36 heures ».

Il ne fait plus de doute que le sommeil est influencé par l'intensité et le moment de l'exposition à la lumière. Satlin et coll. (1992) ont soumis en soirée des patients souffrant de MA et de troubles du cycle veille-sommeil à de fortes impulsions lumineuses. Au bout d'une semaine, on a observé chez la majorité des patients une amélioration des cotes d'évaluation clinique de l'insomnie, l'amélioration étant plus marquée chez ceux qui présentaient au départ une activité crépusculaire plus prononcée.

Une augmentation de l'activité physique diurne peut régulariser les rythmes circadiens et se traduire par une amélioration du fonctionnement et du sommeil (van Someren et coll., 1993). Le réchauffement passif semble avoir une influence semblable à celle de l'exercice physique. On sait qu'un bain chaud en fin d'après-midi ou en début de soirée diminue le temps d'endormissement et améliore la qualité du sommeil chez l'adulte jeune. On a également observé cette amélioration provoquée par un réchauffement passif du corps chez la femme âgée (Dorsey et coll., 1996).

-
- ▲ D'autres études seraient nécessaires pour mieux connaître l'effet du réchauffement passif chez les sujets âgés et l'effet diurne du réchauffement exercé en fin d'après-midi ou en début de soirée. S'il se révélait efficace, le réchauffement passif, au moyen d'un bain donné à ce moment, constituerait une approche peu coûteuse et facile à mettre en œuvre à la maison ou en établissement.
-

L'organisation du cadre temporel est particulièrement importante pour renforcer la tendance circadienne normale à la veille et au sommeil. L'une de ses composantes est le renforcement des indicateurs normaux du temps (**Zeitgeber**), qui contribuent à différencier les activités diurnes des activités nocturnes (Gillin et Byerley, 1990).

Programmes d'hygiène du sommeil

Les programmes d'hygiène du sommeil sont en général fondés sur la stabilisation des rythmes circadiens par le renforcement des repères temporels transmis au système de chronométrage du cerveau et par la création de l'environnement physique le plus propice au sommeil.

-
- ▲ Le National Institutes of Health (NIH) Development Conference Consensus Statement (Déclaration consensuelle de la conférence sur le développement des Instituts pour la promotion de la santé des États-Unis - NIH, 1990) souligne que l'hygiène du sommeil est une pratique médicale et alternative courante dont on ne devrait pas sous-estimer l'importance dans le traitement et la prévention des troubles du sommeil.
-

Cette déclaration de consensus (NIH, 1990) présente les recommandations suivantes :

- maintenir un horaire régulier pour le coucher et le lever
- faire usage de la chambre à coucher essentiellement pour y dormir
- manger à des heures régulières
- éviter l'alcool, la caféine et la nicotine
- réduire l'absorption de boissons le soir
- instaurer un rituel du coucher
- atténuer l'éclairage et le bruit au coucher et au cours de la nuit.

On devrait éviter de prendre certains médicaments le soir (comme les diurétiques et les antidépresseurs).

Les recherches entreprises jusqu'à présent démontrent que si un insomniaque non atteint de démence passe moins de temps au lit, de nombreux indicateurs de la qualité de son sommeil s'améliorent (Freidman et coll., 1991). La thérapie de restriction du sommeil repose sur l'hypothèse selon laquelle un temps excessivement long passé au lit perpétue l'insomnie. Bien que l'on croie parfois qu'une thérapie de restriction du sommeil améliore la qualité du sommeil chez les patients atteints de démence, la validité de cette hypothèse n'a pas encore été prouvée. Chez les patients atteints de MA, il pourrait s'avérer bénéfique de faire une bonne sieste en après-midi (c.-à-d. d'adopter le rythme de sommeil circadien biphasique) plutôt que de lutter contre la tendance endogène au sommeil (c.-à-d. de s'opposer à ce rythme).

Les changements normaux associés au vieillissement affectent à la fois la perception visuelle et auditive. Des déficiences sensorielles sont normales chez les personnes âgées en bonne santé, mais il y a moins de chance qu'elles soient évaluées et traitées de manière satisfaisante chez les personnes atteintes de démence. Il importe de garder à l'esprit que les déficiences sensorielles sont aggravées, chez les personnes souffrant de démence, par les problèmes d'orientation occasionnés par leur déficit cognitif.

Considérations au plan sensoriel

- ▲ Les patients atteints de démence ont parfois tendance à s'effrayer, à s'angoisser ou à s'agiter parce qu'ils ne voient ni n'entendent bien ce qui les entoure. On doit donc examiner de manière régulière leur vue et leur ouïe.

Les pupilles des personnes âgées ont une capacité d'accommodation réduite et ne sont donc pas capables de s'adapter rapidement à une baisse de la luminosité. De plus, le jaunissement du cristallin réduit la capacité de percevoir les différentes couleurs, cet effet étant moins prononcé en présence de teintes vives. En outre, les affections courantes que sont la cataracte et le glaucome peuvent contribuer à la désorientation.

Une baisse de l'ouïe se produit souvent chez les personnes âgées. Si elle n'est pas corrigée, elle peut favoriser la paranoïa. Une intervention appropriée, telle que l'usage d'une prothèse auditive, devrait être envisagée si une baisse de l'ouïe est diagnostiquée, mais les patients atteints de déficience cognitive avancée pourraient avoir besoin d'aide afin de bien utiliser cet appareil. Il est important de se souvenir qu'une personne atteinte de démence et qui souffre de déficience auditive possède moins d'aptitude à la communication, même si elle porte une prothèse auditive. De plus, elle risque davantage d'égarer ou de perdre son appareil, ou de l'utiliser de façon inadéquate.

On a signalé que dans une proportion allant jusqu'à 92 %, les patients atteints de démence subissent une perte importante de poids par rapport à des témoins du même âge non déments. Les patients souffrant de démence oublient parfois de se nourrir de façon régulière et négligent parfois la bonne conservation de leurs aliments. Il faut donc prendre le temps d'aider les patients souffrant de déficience cognitive à s'alimenter et de leur rappeler de ne pas oublier de le faire.

Considérations au plan de l'alimentation

- ▲ Le type d'aliments qui peuvent être consommés (p. ex. dans le cadre de régimes hyposodiques ou faibles en gras) et leur consistance (molle, p. ex) peuvent contribuer à la dénutrition parce qu'ils ne sont pas très appétissants, particulièrement en contexte institutionnel.

L'alimentation revêt une signification sociale importante. Les patients affectés de démence faible ou modérée peuvent hésiter à participer à des événements sociaux parce qu'ils sont conscients de leur déficience, particulièrement s'ils souffrent aussi d'un déficit auditif ou visuel. On devrait encourager ces patients à se joindre aux autres et, le cas échéant, apporter les ajustements nécessaires afin de mieux répondre à leurs besoins.

Le risque de dénutrition varie selon le type de SCPD (voir l'encadré).

Lorsqu'un patient souffre de perceptions altérées, il lui arrive parfois de ne plus s'alimenter à cause d'idées paranoïaques et délirantes au sujet des aliments et des boissons. Il importe alors de traiter le processus psychotique sous-jacent.

Un patient très apathique souffrant d'un déficit cognitif court un risque élevé de s'exposer à une perte de poids parce qu'il ne prendra aucune initiative pour se nourrir. Il est essentiel d'identifier les patients à risque et de prendre le temps de leur venir en aide au moment des repas.

Une perte de poids peut survenir chez un patient agressif qui lance ses repas et ses boissons par terre ou sur les aidants, surtout si ces derniers redoutent de l'approcher pour l'aider à s'alimenter. Il peut s'avérer très utile d'enseigner aux aidants des moyens de calmer ces patients en de telles circonstances et de ne pas s'en tenir trop strictement aux horaires établis pour les repas, ce qui donnera aux malades une plus grande liberté de choix.

Les patients qui font les cent pas ou errent subissent souvent une perte de poids ne s'expliquant pas exclusivement par l'hyperactivité. Il semblerait que les patients atteints de ces SCPD consomment autant de nourriture que ceux qui sont moins agités. On pourra contribuer au maintien du poids en

- tenant de la nourriture disponible pour de petites collations
- se servant d'approches comportementales destinées à diminuer l'agitation.

Approches comportementales

Lorsque l'on tente de gérer les SCPD au moyen de techniques de modification du comportement, les approches générales suivantes peuvent être utiles :

- Identifier le SCPD cible
 - définir clairement le problème à résoudre constitue la première étape à franchir pour modifier le comportement. Mieux l'aidant peut définir le problème, plus apte il sera à planifier une action efficace
 - une collaboration étroite avec l'aidant est en général nécessaire pour identifier un problème particulier
 - il vaut mieux se concentrer sur un SCPD à la fois.
- Recueillir des renseignements sur le SCPD
 - quelle est la fréquence du SCPD?
 - quand survient-il?
 - à quel endroit se produit-il le plus souvent?
 - en présence de qui survient-il?
 - demander à l'aidant de noter les réponses à ces questions pendant une à deux semaines
 - la tenue d'un journal est utile pour expliquer la survenue, la fréquence et la gravité d'un SCPD cible et pour aider à mettre sur pied un plan thérapeutique.
- Identifier ce qui se produit avant et après un SCPD cible
 - bien que l'aidant ait parfois l'impression que le SCPD incriminé survient « sans raison », une observation attentive des événements ayant immédiatement précédé le comportement peut révéler des déclencheurs
 - les SCPD sont rarement simples - en général, plusieurs facteurs contribuent à déclencher un comportement, et mieux les aidants comprendront la relation existant entre ces facteurs, plus ils auront de chances d'intervenir avec succès.
- Fixer des objectifs réalistes et planifier
 - favoriser autant que possible la participation du patient et définir des objectifs thérapeutiques de concert avec l'aidant
 - commencer par un objectif simple et réaliste, puis s'efforcer progressivement de l'atteindre
 - individualiser le plan en fonction du patient et de l'aidant
 - faire preuve d'esprit pratique et savoir attendre qu'un changement se produise - ne pas s'attendre à des changements majeurs du jour au lendemain
 - de concert avec l'aidant, tenter de prévoir tout problème susceptible de survenir et chercher le moyen de le résoudre
 - lorsque cela est possible, encourager l'aidant à élaborer plusieurs plans de rechange et à déterminer ensuite celui qu'il mettra à l'essai en premier lieu.
- Inciter les aidants à s'accorder des récompenses et à récompenser les autres lorsque leurs objectifs sont atteints
 - il est très important que les aidants se récompensent de leurs succès, même minimes
 - il sera également bénéfique de récompenser le patient de ses succès.
- Évaluer et modifier continuellement le plan de traitement
 - on doit continuellement évaluer le plan de traitement afin de déterminer son degré de réussite
 - déterminer les critères permettant d'établir si un plan fonctionne ou non (p. ex. en contrôlant le nombre de fois que le SCPD survient, ou sa durée)
 - les aidants doivent suivre le plan de manière soutenue et avec souplesse - ils doivent d'abord persévérer dans l'approche choisie, sans pour autant que cela ne dégénère en confrontation s'il devient évident qu'elle ne produit pas les résultats escomptés
 - si le plan « A » ne fonctionne pas, l'aidant et le praticien doivent sans tarder mettre en œuvre le plan « B », et ainsi de suite.

En cas de dépression

- ▲ « La journée de 36 heures », sous la plume de Mace et Rabins (The 36-hour day - 1991), constitue un excellent guide à l'intention des aidants car on peut y trouver des recettes pratiques et des suggestions sur les soins à donner aux patients atteints de démence et manifestant des SCPD.

Bien qu'une approche comportementale puisse atténuer une dépression légère, les patients souffrant de dépression modérée ou grave nécessitent souvent un antidépresseur (voir le module 6). C'est pour cette raison que les approches comportementales et la pharmacothérapie sont souvent mises en œuvre simultanément.

Stratégies recommandées

- Intensifier et encourager les activités appréciées par le patient dément. Une bonne manière de procéder consiste à identifier celles qui plaisaient au patient dans le passé et à les adapter à son niveau de fonctionnement. Teri et Wagner (1992) ont montré, en utilisant une large gamme d'expériences complémentaires dans le cadre de la psychothérapie individuelle, que les activités agréables atténuent la dépression chez des patients atteints de démence.
- Confirmer que les activités jugées agréables par l'aidant le sont vraiment pour le patient. En discuter avec le patient et observer son comportement.
- Prévoir des activités agréables auxquelles le patient peut s'adonner avec une personne dont il apprécie la compagnie, surtout s'il se plaint de se sentir isolé et seul :
 - pousser le patient à parler de choses agréables, aussi bien passées que présentes : l'amener à se remémorer des événements heureux et le « bon vieux temps » pourra le réjouir (cela pourrait aussi, malheureusement, le rendre plus déprimé encore à la pensée de ce qui a disparu, de sorte qu'il faudra faire preuve de discernement).
- Fournir un milieu de vie clair et enjoué.
- Adapter toutes les approches ci-dessus selon les besoins et la situation de la personne.
- Veiller à préserver la bonne santé physique et mentale de l'aidant - il est difficile et parfois déprimant d'être constamment en compagnie d'une personne déprimée.

Les approches comportementales visant l'agitation et l'agressivité peuvent s'avérer très utiles et, dans les cas les plus légers, désamorcer ou prévenir un comportement agressif. Cependant, dans les cas graves, une approche pharmacologique à court terme (voir le module 6) est parfois indispensable, soit isolément, soit de concert avec une stratégie non pharmacologique.

Stratégies recommandées

- Intervenir précocement - en identifiant une situation problématique et en intervenant avant qu'elle ne dégénère en crise, les aidants peuvent éviter de nombreux cas d'agitation et d'agression.
- Tenter de tenir le patient à l'écart des situations et des individus susceptibles de provoquer des comportements perturbateurs.
- Inciter les aidants à parler d'une voix douce et rassurante, car cela peut contribuer à désamorcer une situation tendue en calmant le patient.
- Une personne agitée devrait être abordée de face, lentement et calmement. Les aidants devraient annoncer leurs intentions au patient et s'efforcer de ne pas le brusquer.
- Faire usage du toucher de manière judicieuse - parfois, toucher une personne agitée ou la serrer dans ses bras peut être apaisant, alors que cela peut, pour une autre, être interprété comme une provocation.
- Prendre des attitudes non menaçantes lorsqu'on a affaire à un patient agité. Dominer un patient assis ou allongé peut être terrifiant pour lui et susciter sa colère. Les aidants devraient fléchir les genoux, s'agenouiller ou s'asseoir de manière à être au niveau des yeux du patient.

En cas d'agitation et de comportement agressif

- Distraire le patient en lui posant des questions à propos du problème, puis amener graduellement son attention vers un sujet agréable qui n'a rien à voir avec ce problème – changer d'activité, aller dans une autre pièce et ignorer la situation pendant un moment.
- Faire régner une ambiance calme et apaisante (voir les pages 8 à 10).
- Éviter d'ergoter avec un patient ou de tenter de le raisonner pendant qu'il est agité – l'opposition induit presque toujours une aggravation de l'agitation ou du comportement agressif. Ne pas insister et éviter la confrontation chaque fois que cela est possible.
- Éviter si possible toute contrainte physique. Les mesures de contention peuvent renforcer la perception d'une menace par le patient et exacerber son agitation.
- Les aidants devraient toujours recevoir immédiatement de l'aide lorsqu'ils sont en danger. Ils devraient avoir sous la main le numéro des services de secours d'urgence à appeler, et on devrait les inciter à en faire usage s'ils se sentent menacés.

De nombreux rapports indiquent qu'une approche comportementale peut jouer un rôle important dans la prise en charge de l'errance.

En cas d'errance

Stratégies recommandées

- Une personne dans un état confusionnel oublie souvent pourquoi elle se trouve à un endroit particulier et a donc besoin qu'on lui rappelle souvent où elle est et pour quelle raison.
- Lorsqu'un patient qui doit être déplacé est capable de comprendre ce qui va se passer, on devrait le faire participer à la planification du déménagement et l'emmener à l'avance voir son nouveau cadre de vie. Dans le cas d'un patient plus gravement atteint, il pourrait être plus facile de ne pas le préparer graduellement, mais de procéder au transfert aussi vite que possible et sans cérémonie.
- Les centres de jour et les maisons de soins ont remarqué que les patients s'adaptent mieux, et ont donc moins tendance à l'errance, lorsque :
 - leurs premières visites ne durent pas longtemps
 - l'aidant reste avec eux lors des premières visites
 - un responsable du programme va leur rendre visite chez eux avant le transfert.
- Si une personne ayant tendance à se perdre sait encore lire et peut comprendre et suivre des instructions, lui donner un petit carton portant des instructions simples et consistant à rappeler au patient de rester calme et de ne pas s'éloigner. Des cartons différents pourront être nécessaires pour des trajets différents et comporter, par exemple, les messages suivants :
 - « Appelez à la maison », avec indication d'un numéro de téléphone
 - (à l'occasion d'une sortie pour faire des achats) « Demandez que l'on vous conduise au rayon des vêtements pour hommes et attendez que je vous y retrouve ».
- Il est essentiel que le patient porte un bracelet portant l'inscription « Mémoire déficiente ». Un bracelet solidement attaché, de manière telle que le patient ne puisse ni l'ouvrir ni le faire glisser, sera sans doute préférable à un collier.

La répétition de questions et d'actes par les personnes dans un état confusionnel peut être extrêmement irritante ou pénible pour les aidants; il est cependant peu probable que l'on obtienne des résultats en tentant de raisonner le patient (ce qui est généralement inutile) ou en le confrontant (ce qui pourra exacerber son comportement).

Stratégies recommandées

- Ignorer systématiquement les questions répétitives peut donner des résultats avec certains patients, mais cela risque d'en indisposer d'autres, qui pourraient alors se mettre en colère en voyant qu'ils ne reçoivent pas de réponse.

En cas de questions ou de gestes répétitifs

- Parfois, la personne peut se révéler incapable d'exprimer ce qui la tracasse. Par exemple, si un patient demande constamment à voir quelqu'un qui est mort, c'est peut être parce qu'il essaie d'exprimer qu'il se sent seul ou perdu :
 - les aidants peuvent réagir à cette manifestation d'émotion en expliquant au patient qu'ils vont s'occuper de lui
 - ils pourraient également détourner l'attention du patient en lui posant des questions à propos de choses ayant ou non un rapport avec sa question.
- Si un patient refait continuellement la même tâche, on peut l'en distraire en lui confiant une nouvelle tâche bien précise à réaliser. Il est important que l'aidant ne paraisse pas faire pression sur le patient ou qu'il ne semble pas fâché; sinon, une réaction catastrophique pourrait en résulter.
- On renforce les comportements plus appropriés en montrant qu'ils sont reconnus comme des manifestations positives.
- Parfois, le patient ne réagit que lorsque l'aidant est d'accord ou lui ment, par exemple en lui disant qu'un ami ou un parent décédé va venir plus tard.

Étude de cas

Marie, qui passe trois semaines de soins de relève dans un centre de traitement de la maladie d'Alzheimer, doit rentrer chez elle aujourd'hui. Elle répète sans cesse aux membres du personnel qu'elle doit aller chercher sa fille au pensionnat pour les vacances. Marie sait qu'elle va revoir sa fille aujourd'hui et qu'elle va changer de cadre de vie.

La désorientation temporelle de Marie peut avoir été aggravée par sa période d'hébergement dans le service de relève et, tout récemment, par les préparatifs qu'elle doit effectuer avant de retourner chez elle. Dans ces circonstances, son agitation pourrait être exacerbée si l'on tentait de la contredire. Il vaut donc mieux la rassurer en lui disant que sa fille va venir directement au centre et qu'elles rentreront ensemble à la maison. Une fois chez elle, dans son environnement familial, on peut espérer que son orientation s'améliorera (Swanick, 1995).

En cas de comportement sexuel inapproprié

Chez les personnes atteintes de démence, les comportements sexuels inappropriés sont rares. On croit plus souvent, à tort, qu'ils surviennent chez les personnes « séniles ». Il est cependant important de noter que, quelque rares qu'ils soient, l'exhibitionnisme involontaire et la masturbation machinale sont des comportements pénibles et embarrassants pour les aidants. Ils peuvent se produire parce que le patient a oublié où il est, comment s'habiller ou pourquoi s'habiller. Il faut cependant aussi tenir compte du fait qu'un patient peut se déshabiller s'il n'est pas à l'aise dans ses vêtements, et qu'il peut arriver qu'il ait besoin de se manipuler les organes génitaux s'il souffre d'une infection urinaire, de démangeaisons ou d'une sensation gênante.

Stratégies recommandées

- Si un patient est déshabillé :
 - lui apporter tranquillement un peignoir et, comme si de rien n'était, l'aider à le passer.
- Si un patient est surpris à se masturber :
 - essayer de ne pas avoir l'air troublé ou affligé et éviter la confrontation, car cela pourrait provoquer une réaction catastrophique
 - amener doucement la personne dans un endroit privé
 - distraire le patient en lui proposant quelque chose d'autre à faire
 - prévenir la répétition de ce type d'incidents en encourageant sa participation à des activités régulières.

Récréothérapie, traitements complémentaires et thérapies sociales

▲ Contrairement à de nombreux patients placés en maison de soins qui, atteints d'affections somatiques, sont fréquemment affaiblis et inactifs, les sujets souffrant de démence sont physiquement capables de déambuler et de rechercher des stimulations.

Alors que l'on n'a, dans le passé, pas tenu compte de la nécessité de faire appel aux thérapies sociales et à la récréothérapie, ces approches sont aujourd'hui largement intégrées à la prise en charge quotidienne des patients atteints de démence et souffrant de SCPD. Un programme d'activités peut servir à structurer la journée du patient, préserver ses capacités encore intactes, atténuer l'effet d'un déficit cognitif et fonctionnel, et créer un milieu favorable aux interactions sociales.

Une étude de Rovner et coll. (1996) a évalué l'efficacité d'un tel programme. Chaque jour, de 10 h à 15 h, on amenait les patients du groupe d'intervention dans un local de la maison de soins dans lequel ils se consacraient à diverses activités physiques et sociales. Au cours de l'étude, ces patients se sont adonnés à des activités (p. ex. la peinture) qui correspondaient à leurs capacités. Pour les patients du groupe témoin, l'activité principale de la journée consistait à demeurer assis à l'extérieur de leur chambre.

Pendant l'étude, on a suivi dans chaque groupe un protocole bien défini utilisant des psychotropes. Par exemple, on administrait de la nortriptyline au patient qui était encore déprimé après deux semaines de participation au programme d'intervention. Les patients ayant des idées délirantes ou des hallucinations paraissant interférer avec leurs capacités fonctionnelles étaient traités à la thioridazine.

En proposant des activités et en administrant des neuroleptiques, on espérait assister à une diminution de l'incidence des SCPD chez les patients prédisposés à des dérèglements du comportement.

Avant le début de l'étude, les patients des groupes traité et témoin étaient comparables quant à la sévérité de leur démence et de leurs SCPD, et quant à l'usage de médicaments et de moyens de contention. Après six mois de traitement, si la prévalence des SCPD avait diminué de 50 % dans le groupe témoin, elle avait baissé d'un pourcentage encore plus élevé (75 %) dans le groupe d'intervention. L'usage de moyens de contention est resté identique dans le groupe témoin, mais a diminué chez les patients du programme d'intervention. De plus, il y a eu une diminution plus forte de l'usage des psychotropes dans le groupe d'intervention.

Les recherches indiquent que la **musique de fond** diminue l'anxiété associée à une gamme étendue de maladies somatiques (y compris chez les patients ayant subi une chirurgie coronarienne, obstétrique, arthroscopique ou dentaire [patients en soins postchirurgicaux]) et qu'elle réduit les nausées et les vomissements chez les cancéreux suivant une chimiothérapie. On a également montré que la musique de fond diminuait les hallucinations auditives persistantes chez les patients souffrant de schizophrénie chronique.

Musicothérapie

Comme le néostriatum, impliqué dans la mémoire musicale et la coordination, est l'une des dernières parties du cerveau à se détériorer dans la MA, même les patients atteints de MA grave peuvent conserver des aptitudes musicales et la capacité de participer à des activités musicales. Il est par conséquent raisonnable de s'attendre à ce que la musique de fond combatte l'anxiété et diminue l'agitation chez des patients souffrant de SCPD, bien que des recherches soient encore nécessaires pour déterminer la fréquence à laquelle on doit diffuser les enregistrements et pendant combien de temps. Selon des indications préliminaires, la musique la plus efficace ne comporterait pas trop de percussions, rappellerait au patient ses années d'adolescence, et proviendrait de son pays d'origine.

La **musicothérapie** peut

- faire diminuer l'anxiété et les mouvements incessants
- induire le sommeil
- réduire l'agressivité.

Les techniques à appliquer consistent notamment à

- faire entendre de simples accompagnements musicaux
- bouger ou danser au son de la musique
- réduire le stress par la musique (voir le tableau 1).

Tableau 1. Réduction du stress par la musique. Reproduit avec l'autorisation de Hanser, 1996.

Programme	Titre	Description
I	Exercices en musique	Exercice physique léger accompagné de musique
II	Massage musical	Massage facial en musique
III	S'abandonner à la musique	Relaxation musculaire progressive
IV	Peinture d'images apaisantes	Imagerie dirigée
V	Résolution des problèmes	Imagerie personnalisée
VI	Berceuse et bonne nuit	S'endormir en musique
VII	Réveil musical	S'éveiller en musique
VIII	Créativité par la musique	Intégrer la musique aux activités de la journée

Autres thérapies

Des rapports isolés semblent indiquer que d'autres activités et thérapies seraient efficaces chez certains patients bien que, jusqu'à présent, aucune étude n'ait été menée pour évaluer systématiquement leurs résultats.

Parmi ces approches complémentaires, on peut citer

- les activités religieuses
- la zoothérapie
- la thérapie par l'art
- la thérapie par le mouvement.

Approches psychologiques

Beaucoup de patients ont besoin d'aide pour structurer leur vie, abandonner d'anciennes activités et s'engager dans des activités auxquelles ils ont encore la capacité de s'adonner. Ils peuvent aussi avoir besoin d'assistance pour prendre conscience de leur crainte d'être exposés à certaines situations et vaincre leurs angoisses ou pour s'adapter à une réduction de leur vie sociale.

Les patients atteints de MA récente et légère peuvent tirer profit d'une psychothérapie individuelle. Beaucoup s'inquiètent de leurs pertes cognitives et se rendent compte de la nature de leurs problèmes. Au fur et à mesure qu'évolue leur maladie, la dénégaration prend plus d'importance et leur discernement s'émousse le plus souvent. Les patients peuvent tirer profit d'une approche empathique et axée sur l'information qui les aidera à se concentrer sur leurs sentiments, sur les aspects pratiques de leur maladie et sur le deuil qu'ils font de leurs facultés cognitives.

Le facteur le plus important pour le succès d'une psychothérapie est la capacité de créer un lien affectif. Beaucoup de patients établissent un transfert idéalisé avec leur thérapeute, et ils se sentent protégés et moins anxieux lorsqu'ils savent que leur thérapeute est disponible (Finkel, 1979).

▲ Des aidants signalent parfois que même si un patient ne se souvient plus des détails d'une séance, la relation empathique établie et le sentiment de réconfort ressenti peuvent le rendre plus calme pendant des heures, voire des jours, après la séance.

Lorsqu'un patient s'engage dans une psychothérapie individuelle, on doit l'évaluer de manière intégrale. On devrait consigner son anamnèse et l'intégrer aux renseignements fournis par les aidants. Ces informations sont particulièrement importantes pour modeler les approches psychothérapeutiques.

Le déclin des fonctions cognitives d'un parent constitue une crise pour toute la famille. Même dans les familles les plus unies, cela peut créer des tensions et des conflits qu'il est cependant possible de résoudre dans la majorité des cas. Pour les familles dans lesquelles certains membres ne se voient plus, la crise peut soit donner lieu à des retrouvailles qui, à leur tour, amènent des occasions de résoudre de vieux conflits familiaux, soit au contraire attiser l'hostilité, souvent avec des conséquences désastreuses. D'anciens conflits entre frères et sœurs resurgissent fréquemment.

Les membres de la famille réagissent de diverses façons à cette perte d'un parent (accompagnée du sentiment de perdre une personne à la stature imposante et à la présence protectrice et réconfortante). Pour certains, cela donne lieu à un grand désarroi, pour d'autres, à une dénégaration, alors que d'autres encore l'acceptent avec équanimité. La famille a besoin d'être renseignée sur la maladie ainsi que sur les techniques de prise en charge de toute une série de problèmes pratiques.

En tant que thérapeute, il est préférable de réunir tous les membres de la famille. Certains des membres absents seront peut-être ceux qui ne seront pas d'accord avec les recommandations adoptées par voie de consensus. En général, il vaut mieux voir la famille à la dernière séance de la journée, et ce pour deux raisons :

- les occasions de réunir tout le monde sont peut-être rares;
- une fois que chacun se met de la partie, la discussion peut se prolonger avant que l'on arrive à un accord.

Psychothérapie individuelle

Psychothérapie familiale

Les aidants, et surtout l'aidant principal, ont besoin de beaucoup de soutien pour préserver la qualité de leur vie personnelle en dehors des soins qu'ils prodiguent à l'individu atteint de démence (voir aussi le module 4). Les aidants courent un risque élevé de sombrer dans une profonde dépression et de subir diverses affections liées au stress (p. ex. de l'hypertension ou des ulcères). Ils se sentent souvent coupables de s'occuper d'eux-mêmes, et il importe de les assurer que lorsqu'ils prennent soin d'eux-mêmes, ils s'occupent aussi de leur parent malade. S'ils sont forts et en pleine forme, ils réuniront les conditions optimales pour tenir bon. Il n'est pas rare que les aidants se sentent également coupables de demander des services d'appoint. Cela peut commencer par le recrutement d'une personne de compagnie, pour passer ensuite à un service de garderie pour adultes et aboutir enfin à un placement en maison de soins. Les aidants ont également besoin d'assistance pour faire face au ressentiment engendré chez eux à la fois par le parent atteint de démence et par la tournure que prend leur vie (voir l'encadré).

La thérapie auprès des aidants consiste à

- les aider à accepter le diagnostic du médecin et à reconnaître avec réalisme les limites de ce qu'ils peuvent espérer faire
- s'assurer que les questions liées aux finances, qui peuvent susciter de l'agitation, sont bien comprises et abordées de manière réaliste
- adopter des stratégies efficaces d'intervention (p. ex. savoir quand il faut insister pour que le patient coopère et quand il faut y renoncer)
- accepter l'inversion des rôles, surtout lorsque le patient devient de plus en plus dépendant
- transformer le milieu de vie de manière à ce qu'il soit moins traumatisant pour le patient, donc moins susceptible d'engendrer des SCPD
- obtenir un appui formel et informel plus substantiel (y compris, peut-être, de la part de groupes de soutien affiliés à un bureau local de la Société Alzheimer)
- s'occuper efficacement des problèmes relatifs à d'autres aidants qui peuvent avoir leurs propres idées à propos des stratégies thérapeutiques

Avec la progression de la maladie, l'aidant a besoin de soutien dans le processus douloureux qu'il traverse et pour résoudre les questions d'éthique soulevées par le dilemme entre la nécessité d'assurer la sécurité du patient et le désir de lui conserver une certaine autonomie.

Psychothérapie de groupe

Les premières études sur la thérapie de groupe menées chez des patients atteints de démence ont démontré que les patients souffrant de MA à un stade très précoce ou léger peuvent tirer profit d'un contact avec d'autres personnes qui vivent la même situation et qui traversent des épreuves affectives similaires face à la détérioration de leurs capacités cognitives.

Réunir des patients dépressifs et des sujets déments ne donne pas de bons résultats parce que les individus dépressifs se sentent menacés, tandis que ceux souffrant d'un déficit cognitif se sentent intimidés à cause de la faiblesse relative de leur capacité cognitive. Cela étant, discuter de ses propres sentiments, clarifier certaines questions, trouver des manières de diriger ses activités et faire face à la perte en cours sous la supervision d'un thérapeute expérimenté sont des éléments importants du traitement susceptibles de faciliter l'adaptation et d'augmenter la qualité de vie. Cependant, les connaissances actuelles sur la thérapie de groupe pour les personnes atteintes de démence sont fondées sur des descriptions cliniques et des informations isolées, et non sur les résultats de recherches dont on a vérifié la validité.

Annexe

On trouvera ci-après quelques exemples montrant comment un plan de traitement peut intégrer diverses approches non pharmacologiques à la prise en charge de patients présentant des SCPD.

Diagnostic infirmier : altération de la perception sensorielle (visuelle, auditive, tactile)

Signes et symptômes : hallucinations, idées délirantes, désorientation.

Intervention

Justification

Manifestez de l'empathie envers le patient agité et prenez soin de lui. Demeurez auprès de lui jusqu'à ce qu'il se calme.

Ces mesures apportent un soutien et aident à atténuer les craintes du patient.

Laissez le patient exprimer sa pensée, continuez de parler avec lui et montrez-lui que vous vous intéressez à lui tout en conservant un contact visuel.

Réconforter un patient l'aide souvent à calmer les idées délirantes ou hallucinations.

Laissez une veilleuse allumée la nuit dans la chambre du patient. Relevez les côtés du lit.

L'agitation et les hallucinations peuvent empirer au cours de la nuit à cause de troubles perceptifs. L'usage d'une veilleuse peut apporter un certain réconfort. Le relèvement des côtés du lit confère un sentiment de sécurité.

Si nécessaire, supprimez du milieu de vie les stimuli perturbateurs, comme la télévision et la radio.

Les stimuli perturbateurs peuvent déclencher des hallucinations visuelles, auditives ou tactiles, ou encore altérer la capacité du patient à percevoir des stimuli importants.

Critères de succès :

- le patient ne s'agite pas
- le patient fonctionne en toute sécurité dans son milieu de vie.

Exemples de plans de soins infirmiers pour les patients présentant des SCPD

Diagnostic infirmier : potentiel de violence dirigée vers autrui

Signes et symptômes : réclamation de l'attention, actes ouvertement agressifs, fausses accusations.

Intervention	Justification
Écoutez attentivement le patient, demeurez sincère, calme, clair et concis au cours des interactions. Gardez un contact visuel et une expression faciale appropriés.	Cela instaure un sentiment de confiance, montre l'attention et l'intérêt que l'on porte au patient, et facilite la communication.
N'imposez pas un rythme excessif au patient et ne structurez pas trop son environnement.	Une tension s'instaure en général lorsqu'on se sent soumis à des contraintes ou des pressions pour que l'on agisse d'une certaine manière.
Gardez tout objet potentiellement dangereux hors de la portée du patient.	Le patient pourrait se servir d'objets laissés à sa portée pour blesser autrui.
Renforcez les comportements non violents	Récompenser les comportements positifs a pour effet de décourager les débordements négatifs.
Encouragez le patient à faire le plus possible pour lui-même.	S'immiscer dans l'espace privé du patient peut déclencher une agression physique.
Encouragez l'exercice physique régulier.	L'exercice physique pratiqué régulièrement contribue à contrôler et à canaliser les énergies du patient.
Évitez d'ergoter avec le patient ou d'essayer de le raisonner.	Le patient n'est pas en mesure de comprendre un autre point de vue dans ces moments-là.
Ne soyez pas agressif et ne faites pas de menaces lorsque vous vous adressez au patient.	En gardant son calme, on réduira le risque de comportement agressif.

Critères de succès :

- le patient commence à contrôler son comportement avec l'assistance d'autrui
- le patient a moins de réactions violentes.

Diagnostic infirmier : altération des schémas de comportement sexuel liée à une déficience cognitive

Signes et symptômes : activité sexuelle incongrue, confusion au sujet de ce qui constitue un comportement inconvenant, exhibitionnisme.

Intervention	Justification
Si le patient vous fait des avances inconvenantes, refusez-les sans avoir l'air de dramatiser, puis tentez de dévier son attention vers un autre sujet. Évitez les réactions outrées négatives.	Le patient atteint de déficience cognitive perd en général la capacité de comprendre les règles de la vie en société. En évitant les réactions outrées, on aura de meilleures chances de prévenir des épisodes de violence physique ou verbale.
Si le patient se déshabille en public, changez son type de vêtements ou de fermetures (p. ex. des boutons dans le dos plutôt que sur le devant).	Changer le type de vêtements diminue le risque d'exhibitionnisme.
Si le patient se masturbe en public, faites-lui penser à autre chose et faites-le quitter les lieux.	Un tel comportement embarrasse souvent les gens (y compris les membres du personnel soignant) qui en sont témoins.
Encouragez le patient à participer à des activités physiques.	Cela canalise l'énergie sexuelle vers une activité physique productive, ce qui réduit le risque de comportement sexuel inapproprié.

Critères de succès :

- Le personnel applique les mesures destinées à prévenir ou à réduire les cas de comportement sexuel inapproprié.
- Le personnel sait comment réagir efficacement face au comportement sexuel du patient.
- Le patient dispose d'un exutoire à ses pulsions et besoins sexuels.

Références et lectures recommandées

APPROCHES AXÉES SUR LE MILIEU ENVIRONNANT

- Bliwise DL, Tinkelenberg J, Yesavage JA, et al. Sleep in normal aging and dementia. *Sleep* 1993; 16: 440-481.
- Burgio L. Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease: behavioral approaches. *Int Psychogeriatr* 1996; 8 (Suppl 1): 45-52.
- Dorsey CM, Lukas SE, Teicher MH, et al. Effects of passive body heating on the sleep of older female insomniacs. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1996; 9: 83-90.
- Eimer M. Management of the behavioral symptoms associated with dementia. *Prim Care* 1989; 16: 431-450.
- Freidman L, Bliwise DL, Yesavage J, Salom SR. A preliminary study comparing sleep restriction and relaxation treatments for insomnia in older adults. *J Gerontol* 1991; 46: P1-P8.
- Gillin JC, Byerley WF. The diagnosis and management of insomnia. *N Engl J Med* 1990; 322: 239-248.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Consensus Statement. Treatment of sleep disorders of older people. Washington: National Institutes of Health, 1990.
- Orrell M, Bebbington P. Life events and senile dementia. I. Admission, deterioration and social environment change. *Psychol Med* 1995; 25: 373-386.
- Powell LS, Coutice K. Alzheimer's Disease: A guide for families. Addison Wesley Publication Co., 1983.
- Robinson A, Spencer B, White L. Understanding difficult behaviors. Ypsilanti: Geriatric Education Center of Michigan, 1988.
- Satlin A, Volicer L, Ross V, et al. Bright light treatment of behavioural and sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1028-1032.
- Swanick GRJ. Non-pharmacological treatment of behavioral symptoms. Dans : Behavioral complications in Alzheimer's disease. Lawlor BA (réd.). Washington: American Psychiatric Press Inc., 1995.
- Teri L. Managing and understanding behavior problems in Alzheimer's disease and related disorders, 1990. (Programme de formation avec vidéocassettes et manuel. Pour commander, contacter : NWGEC, University of Washington, Box 358123, Seattle, WA 98195, USA)
- Teri L, Logsdon R. Assessment and management of behavioral disturbances in Alzheimer's disease patients. *Compr Ther* 1990; 16: 36-42.
- Teri L, Rabins P, Whitehouse P, et al. Management of behavior disturbance in Alzheimer's disease: current knowledge and future directions. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1992; 6: 77-88.
- van Someren EJW, Mirmiran M, Swabb DF. Non-pharmacological treatment of sleep and wake disturbances in aging and Alzheimer's disease: chronobiological perspectives. *Behav Brain Res* 1993; 57: 235-253.
- Vitiello MV. Sleep in Alzheimer's disease and the sundown syndrome. *Neurology* 1992; 42 (Suppl 6): 83-94.
- Zarit SH, Orr NK, Zarit JM. The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress. New York: New York University Press, 1985.

APPROCHES COMPORTEMENTALES

Burgio L. Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease: behavioral approaches. *Int Psychogeriatr* 1996; 8 (Suppl 1): 45-52.

Mace NL, Rabins RV. The 36-hour day: A family guide to caring for persons with Alzheimer's disease, related dementing illnesses, and memory loss in later life. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.

Powell LS, Coutice K. Alzheimer's Disease: A guide for families. Addison Wesley Publication Co., 1983.

Robinson A, Spencer B, White L. Understanding difficult behaviors. Ypsilanti: Geriatric Education Center of Michigan, 1988.

Swanick GRJ. Non-pharmacological treatment of behavioral symptoms. Dans : Behavioral complications in Alzheimer's disease. Lawlor BA (ed). Washington: American Psychiatric Press Inc., 1995.

Teri L. Managing and understanding behavior problems in Alzheimer's disease and related disorders, 1990. (Programme de formation avec vidéocassettes et manuel. Pour commander, contacter : NWGEC, University of Washington, Box 358123, Seattle, WA 98195, USA)

Teri L, Logsdon R. Assessment and management of behavioral disturbances in Alzheimer's disease patients. *Compr Ther* 1990; 16: 36-42.

Teri L, Rabins P, Whitehouse P, et al. Management of behavior disturbance in Alzheimer's disease: current knowledge and future directions. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1992; 6: 77-88.

Teri L, Wagner A. Alzheimer's disease and depression. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 379-391.

Zarit SH, Orr NK, Zarit JM. The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress. New York: New York University Press, 1985.

RÉCRÉOTHÉRAPIE, TRAITEMENTS D'APPOINT ET THÉRAPIES SOCIALES

Hanser SB. Music therapy to reduce anxiety, agitation, and depression. *Nurs Home Med* 1996; 4: 286-291.

Rovner BW, Steele CD, Shmueli Y, Folstein MF. A randomised control trial of dementia care in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 7-13.

APPROCHES PSYCHOLOGIQUES

Finkel S. The role of a private practice psychiatrist working with the elderly in the community. *Int J Ment Health* 1979; 8 (3-4): 147-172.

Green JA, Ingram TA, Johnson W. Group psychotherapy for patients with dementia. *South Med J* 1993; 86: 1033-1035.

Miller MD. Opportunities for psychotherapy in the management of dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1989; 2: 11-17

Swanick GRJ. Non-pharmacological treatment of behavioral symptoms. Dans : Behavioral complications in Alzheimer's disease. Lawlor BA (éd.). Washington: American Psychiatric Press Inc., 1995.

