

Le traitement non médicamenteux des démences

Nonpharmacological treatment of dementia

O. Vanachter

Service de Gériatrie, C.H.U. de Charleroi, Site André Vésale, Montigny-le-Tilleul

RESUME

Avant tout traitement médicamenteux, qui n'est jamais dénué d'effets secondaires, il est essentiel de mettre en œuvre des thérapeutiques non médicamenteuses pour les patients déments.

On peut faire appel à la stimulation cognitive, à la rééducation neuropsychologique.

Divers moyens permettent de faire face aux troubles cognitifs de la vie journalière et de maintenir l'autonomie du patient.

La surveillance de l'état nutritionnel est très importante.

L'approche des troubles psychologiques et comportementaux se réalise en tenant compte du triple système formé par le patient, le soignant et l'environnement.

L'éducation et l'aide aux soignants sont essentielles, de même que l'adaptation de l'environnement, que ce soit au domicile ou en MRS.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 289-92

ABSTRACT

Before all pharmacological treatment, which is never without side effects, it is essential to give nonpharmacological therapeutics to dement patients.

We can use cognitive stimulation, neuropsychological revalidation.

Several means allow to help in cognitive disturbances of daily life and to maintain the autonomy of the patient. The supervision of the nutritional state is very important.

The approach of psychological and behaviour disturbances must take into account the triple system formed by the patient, the care-giver and the surrounding.

The education and the help of the care-givers are essential and also the adaptation of the surrounding at home and in nursing homes.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 289-92

Key words : dementia, nonpharmacological treatment, care-givers

TRAITEMENT DES TROUBLES COGNITIFS

Prévention de la maladie d'Alzheimer par l'entraînement mental

Depuis plusieurs années, nombre de médecins conseillent à leurs patients âgés de réduire le risque d'Alzheimer par des exercices mentaux. Rien ne démontre à ce jour l'effet préventif d'un entraînement mental sur la maladie d'Alzheimer¹.

Davantage de données suggèrent par contre qu'une bonne santé mentale est déterminée par toute une série de facteurs, que le développement cérébral précoce est important et que les facteurs génétiques jouent un rôle déterminant dans les différences individuelles de réserve cognitive et dans le développement d'une maladie d'Alzheimer.

Les personnes âgées pourraient influencer leur fonctionnement cérébral par une alimentation saine, une dose suffisante de sommeil, la gestion du stress, le traitement des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, une bonne santé vasculaire, l'exercice physique et le fait d'éviter les traumatismes crâniens^{2,3}.

Traitement des troubles cognitifs de la démence

- De nombreux essais de stimulation cognitive ont été effectués chez les déments : ceux-ci peuvent apporter une aide à la fois cognitive, psychologique et sociale ; leur efficacité n'a cependant pas été clairement démontrée, peu d'études ont été réalisées⁴.
- La rééducation neuropsychologique quant à elle permet d'optimiser le fonctionnement de la

personne dans sa vie quotidienne en mettant à profit les fonctions cognitives préservées ; les limites en sont le coût humain et financier, la motivation du patient et de ses proches, la nécessité de s'adresser à des pathologies débutantes.

- Des thérapies de groupe sont utiles (thérapie du souvenir, activités socialisantes). La thérapie par reminiscence et/ou " *life review therapy* " permet au patient de remémorer son passé et de raconter ses propres expériences, soit avec un thérapeute, soit en groupe. Ces thérapies augmentent l'estime de soi, favorisent la vie sociale, diminuent la dépression et l'anxiété. Ces résultats sont cependant inconstants.
- Les activités familiales sont importantes, en évitant l'anxiété et la confusion. Il est important de maintenir les activités intellectuelles, sociales et physiques du patient. Celles-ci ne doivent être évitées que si elles mettent la personne en situation d'échec ou de danger. Si on ne peut trouver de solution adaptée pour aménager l'activité (exemple un atelier de bricolage avec outils clairement repérables), il faudra rechercher d'autres activités valorisantes, adaptées aux capacités, à la personnalité et aux goûts du patient et qui peuvent apporter plaisir, réconfort et confiance en soi. On favorisera les initiatives personnelles en aidant si nécessaire sans faire à la place.
- Des moyens simples permettent de faire face aux troubles cognitifs, notamment :
 - Les aide-mémoire, les thérapies d'orientation (calendriers, montres).
 - L'adaptation de l'environnement qui doit être simplifié, bien défini et familier, assurant la protection et la sécurité avec l'aide de systèmes de signalisation.
 - Eviter l'isolement et la sous-stimulation.
 - La communication avec le patient doit être adaptée :
 - ✓ Regardez l'interlocuteur dans les yeux, présentez-vous (plusieurs fois si nécessaire) et tentez de capter son attention, touchez-lui éventuellement le bras.
 - ✓ Parlez lentement, d'une voix posée, mais distincte et calme.
 - ✓ Utilisez un vocabulaire qui soit familier à l'interlocuteur.
 - ✓ Restez simple, posez des questions auxquelles on peut répondre par " oui " ou par " non ", ne proposez pas de choix à options multiples.
 - ✓ Laissez à l'interlocuteur le temps et la possibilité de répondre, même si cela prend plusieurs minutes ; si nécessaire, répétez vos propres propos.
 - ✓ Si la réponse est incohérente, cherchez au sein de celle-ci des mots clé, que vous répéterez pour maintenir le contact verbal ; ne portez pas votre aval sur des propos incompréhensibles et ne faites pas semblant

de les comprendre.

- ✓ Incitez le patient à s'exprimer plus clairement. Décomposez la conversation en petites étapes.
- ✓ Si vous n'obtenez pas de résultat satisfaisant, n'insistez pas. Eloignez-vous et recommencez plus tard.
- ✓ Consolidez votre contact verbal par des gestes qui soient en correspondance avec vos propos.
- ✓ Utilisez des gestes rassurants et agréables. Tentez de déterminer les gestes qui plaisent au patient ou non.

- Le maintien de l'état nutritif du dément est essentiel. Une alimentation adéquate évite la dénutrition protéino-calorique qui est cause de fragilité, de sensibilité aux infections, de risques de chutes et d'escarres et d'aggravation de la dépendance. La dénutrition provient essentiellement de :
 - ✓ difficultés pour faire les courses, cuisiner, manger, déglutir.
 - ✓ modification du goût et de l'odorat.
 - ✓ distractions pendant les repas, oubli de manger.Une information aux aidants est très utile, en aidant à préparer des repas adaptés, à bien réagir aux troubles du comportement (éviter l'impatience) en associant, le plus possible, le malade aux courses et à la préparation des repas.

TRAITEMENT DES TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

Ces troubles sont des signes de la souffrance du patient, souvent aussi des marqueurs d'inadaptation au milieu. C'est surtout une bonne compréhension du mécanisme psychodynamique des comportements perturbateurs qui permet de rendre efficace la prise en charge non médicamenteuse.

De nombreuses interventions non pharmacologiques ont été étudiées^{5,6}.

L'approche des troubles se conçoit le mieux en tenant compte du système triple formé par le patient, le soignant et l'environnement matériel⁷.

Le patient

Hall et Buckwalter soulignent que la tolérance aux facteurs stressants s'abaisse à mesure que l'atteinte cognitive progresse⁸. Rapidement dépassé par les événements, le patient devient anxieux et développe un comportement inadéquat.

Ce modèle souligne l'importance de l'adaptation environnementale dans la prise en charge de la personne démente.

Le contact social constitue un facteur important.

Une sollicitation sensorielle qui permette au patient d'entretenir des liens avec son environnement,

sans pour autant le stimuler excessivement, réduit notamment les comportements de vocalisation.

Selon Burns et Byrne, des thérapies sensorielles ont prouvé leur efficacité : il s'agit d'aromathérapie et d'exposition à la lumière⁹.

Les exercices physiques, l'ergothérapie et la musicothérapie ont également été appliqués avec succès.

Les soignants

- L'information donnée aux soignants concernant l'origine des troubles comportementaux est importante. Les soignants qui perçoivent le caractère involontaire des comportements perturbateurs entretiennent un niveau de stress moins élevé.
- Plusieurs types d'aides peuvent être fournis : les brochures destinées aux familles, les groupes d'aide et de rencontre, soit organisés par des psychologues, soit à l'initiative de la ligue Alzheimer (Alzheimer cafés). Ces rencontres permettent de rompre l'isolement, d'encourager l'expression des émotions ressenties et de créer des réseaux informels.
- Les actions ciblées sur l'aidant, à type de conseil et de psychothérapie individuelle, donnent encore de meilleurs résultats que les actions de groupe.
- Les services de répit offrent des gains incontestables tant sur les délais d'institutionnalisation que sur le niveau dépressif. Une relation de qualité avec l'aidant est indispensable, permettant un travail d'information, de reconnaissance, de soutien et d'identification des besoins. La charge de travail de l'aidant peut être évaluée par le questionnaire du fardeau de Zarit¹⁰. Il s'agit d'un auto-questionnaire de 22 items à 5 modalités de réponse. Le score peut varier de 0 à 88 avec un excès de charge ressenti dès que le score est supérieur à 9. Le score moyen de l'aidant principal se situe aux environs de 40. Pour évaluer les déterminants inhérents au patient, on peut avoir recours à différents outils dont :
 - ✓ le " *neuropsychiatric inventory* " (NPI)¹¹,
 - ✓ l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield.La santé physique et psychique des soignants doit être surveillée, spécialement leur nutrition et leur poids. Il faut insister pour qu'ils s'aèrent quelques heures de temps à autre en utilisant des relais et qu'ils utilisent les aides disponibles pour ne pas s'épuiser (aide au domicile ou centre de jour).

L'environnement

- La maison doit être un lien rassurant où le patient trouve des repères stables. Il faut donc respecter les objets familiers. La maison doit être aménagée afin de préserver le plus longtemps possible l'autonomie du malade, tout en lui évitant des dangers. Un mode

de vie régulier doit être observé, mené à un rythme adapté au patient.

- Dans les institutions (MRS), un projet de soins adapté et spécifique est nécessaire, comprenant sept axes :
 - ✓ alimentation,
 - ✓ maintien de l'autonomie (éviter la contention),
 - ✓ prise en charge du sommeil (rituels),
 - ✓ traitement des pathologies intercurrentes,
 - ✓ maintien de la vie de relation,
 - ✓ recherche d'un sens aux troubles du comportement (expression de souffrance morale et physique) par une équipe tolérante et calme,
 - ✓ accompagnement de fin de vie.

Cadre de vie adapté

L'adaptation du cadre architectural doit répondre aux critères suivants :

- ✓ sécurité des malades,
- ✓ éviter l'anxiété et les troubles du comportement,
- ✓ aide à l'action thérapeutique.

On conseille un vaste espace de déambulation avec lieu de vie central dans le champ visuel du personnel (salon, salle à manger), si possible ouvert sur un jardin clos avec des petits espaces plus intimes et des pièces d'activités et d'animation. Des chambres individuelles sont préconisées avec objets privés et décoration discrète.

Equipe soignante cohérente, motivée, formée à la psychogériatrie

Afin de faire face à l'épuisement des soignants, il est important que leur souffrance soit écoutée, leurs énergies mobilisées, leur projet de soin recentré. Une psychologue permet la facilitation des échanges. Une formation permanente est indispensable.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gatz M : Educating the brain to avoid dementia : can mental exercise prevent Alzheimer's disease ? PLoS Medicine 2005 ; 2 : e7
2. Hiltch DF, Hertzog C, Small BJ *et al* : Use it or lose it : Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging ? Psychol Aging 1999 ; 14 : 1910-4
3. Ball K, Berch DB, Helmers KF *et al* : Effects of cognitive training interventions with older adults : A randomized controlled trial. JAMA 2002 ; 288 : 2271-81
4. Coffey CE, Cummings JL : Textbook of geriatric neuropsychiatry 2000. The American Psychiatric Press, 2000
5. Balland C, O'Brien J, James I, Swann A : Dementia : management of behaviour and psychological symptoms. Oxford University Press, 2003
6. Cohen-Mansfield J : Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia : a review, summary, and critic. Am J Geriatr Psychiatry 2001 ; 9 : 361
7. Vanachter O : Les troubles comportementaux et psychiques du patient dément. Patient Care 2002 ; 25 : 7

8. Hall GR : Caring for people with Alzheimer's disease using the conceptual model of progressively lowered stress threshold in the clinical setting. Nurs Clin North Am 1994 ; 29 : 129-41
9. Burns A, Byrne J, Ballard C, Holmes C : Sensory stimulation in dementia. BJM 2002 ; 325 : 1312-3
10. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM : Subjective burden of husbands and wives as caregivers : a longitudinal study. Gerontologist 1986 ; 26 : 260-6
11. Cummings JL, Meg M, Gray K, Rosenberg, Thompson S, Gombren T : The Neuropsychiatric Inventory : comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology 1994 ; 44 : 2308-14

Correspondance et tirés à part :

O. VANACHTER
C.H.U. de Charleroi, Site A. Vésale,
Service de Gériatrie
Route de Gozée 706
6110 Montigny-le-Tilleul

Travail reçu le 13 juin 2005 ; accepté dans sa version définitive le 11 juillet 2005.