

---

# Guide « Évaluation et traitement des symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démence »

---

## Résumé

Ce guide s'adresse à l'ensemble des groupes professionnels de la santé qui accompagnent des personnes atteintes de démence dans les soins de longue durée. Les personnes atteintes de démence manifestent souvent des comportements difficiles aussi appelés « symptômes comportementaux et psychologiques de la démence », abrégée SCPD (ou BPSD pour *behavioral and psychological symptoms of dementia*). Ces comportements englobent l'agressivité, l'agitation, la déambulation, l'apathie ou la désinhibition et mettent au défi les équipes soignantes et médicales quant à la meilleure façon de les gérer.

Les neuroleptiques interviennent souvent dans les traitements. Ils ont cependant des effets indésirables importants (sommolence, atténuation des émotions, symptômes extrapyramidaux, chutes, délirium, accident vasculaire cérébral, mortalité accrue). Par conséquent, les mesures non médicamenteuses ont toujours la priorité dans le traitement des SCPD, avec une attention particulière sur la gestion des relations et des interventions.

Fondamentalement, la gestion des SCPD repose sur une approche centrée sur la personne, qui place justement au centre la personne atteinte de démence, ainsi que la création et le maintien des relations. Un environnement adapté aux situations de démence et un personnel spécifiquement formé sont au cœur de la prise en charge des SCPD. Le traitement est toujours adapté individuellement à la personne concernée.

L'apparition des SCPD est multifactorielle. Pour leur traitement, il est donc important de rechercher systématiquement les facteurs déclenchants chez la personne atteinte de SCPD elle-même, chez les équipes d'accompagnement et de soins et dans l'environnement. Une bonne compréhension du diagnostic (*understanding diagnostic*) permet d'approfondir les causes et les éléments déclenchants du comportement. Cela requiert le plus souvent une collaboration interprofessionnelle au sein des équipes soignantes.

Pour élaborer un plan de traitement individuel, il est recommandé de suivre un processus structuré :

- 1) Décrire : la nature, la fréquence, le degré de gravité et la charge causée par les symptômes sont saisis, de même que le lien éventuel avec les heures de la journée, les lieux, les personnes et les circonstances, sans oublier les possibles signes avant-coureurs et facteurs déclenchants. L'identification de ces différents éléments se fait au sein de l'équipe soignante interprofessionnelle, en collaboration avec les proches et, si possible, avec la personne concernée. L'inventaire neuropsychiatrique peut servir d'instrument d'évaluation.
- 2) Examiner/comprendre : dans un deuxième temps, les causes sous-jacentes, et celles sur lesquelles il est possible d'agir, sont identifiées. L'échelle d'évaluation Serial Trial Intervention (STI) aide à déterminer les différents besoins qui peuvent conduire à un certain comportement. Pour commencer, des évaluations appropriées doivent permettre d'exclure

la présence d'un délirium. Ensuite, on examine si les besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits (p.ex. la faim, la soif), s'il existe des douleurs ou des problèmes médicaux (p.ex. une infection) ou si les besoins affectifs (p.ex. la participation, l'estime, l'orientation) ne sont pas comblés.

- 3) Traiter : en premier lieu, les éventuels problèmes médicaux sont traités (p.ex. délirium, infections, déshydratation). Ensuite, il existe un vaste choix de mesures non médicamenteuses en cas de SCPD. Le recours à l'une ou l'autre dépend du comportement observé, du contexte, des facteurs déclenchants et des capacités et préférences ainsi que des antécédents personnels de la personne concernée. Les mesures visent les facteurs qui peuvent être influencés et qui déclenchent le comportement, que ce soit au niveau de la personne atteinte de SCPD (p.ex. satisfaire ses besoins, apporter du confort), du personnel d'accompagnement et de soins (p.ex. apprendre et mettre en pratique une communication ou un comportement approprié à la situation de démence) ou de l'environnement (p.ex. installer des points de repère, réduire le bruit). En fonction de la compréhension du comportement, une mesure non médicamenteuse ou une combinaison de plusieurs mesures non médicamenteuses est choisie et mise en œuvre. Il est important que les mesures soient appliquées de façon continue sur une certaine durée par toutes les personnes impliquées.
- 4) Évaluer : pour finir, les effets et effets secondaires des mesures sont régulièrement évalués et les mesures adaptées.

En cas de SCPD, la première priorité est accordée aux mesures non médicamenteuses. Si des médicaments doivent être administrés pour traiter des situations de SCPD, le choix se portera d'abord sur des médicaments anti-démence. Dans la mesure où la démence s'accompagne très souvent de dépression, des antidépresseurs peuvent être utiles pour soulager des symptômes tels que la tristesse, l'apathie et les troubles du sommeil.

Si certains cas justifient l'utilisation de neuroleptiques, ces derniers ont très peu d'effets sur les SCPD (à condition qu'il n'y ait pas de symptômes psychotiques). En revanche, tous les neuroleptiques peuvent avoir des effets secondaires sévères et leur utilisation requiert au préalable une appréciation minutieuse des avantages et des préjudices, en concertation avec la personne concernée (si c'est possible) et ses proches :

- En cas de SCPD, les neuroleptiques sont prescrits lorsque des mesures non médicamenteuses ne sont pas suffisamment efficaces, que la symptomatologie visée est très grave et pénible et que la personne habilitée à décider donne son accord.
- L'administration des neuroleptiques commence toujours par la plus faible dose possible, qui augmente ensuite progressivement, sur une période limitée.
- Ils sont réduits progressivement et non pas supprimés brusquement.
- L'équipe soignante surveille et documente leurs effets et effets secondaires.
- Leur prescription est méthodiquement évaluée et leur indication est vérifiée au moins toutes les six semaines.
- Après trois mois au plus tard, une première tentative d'arrêt du traitement est effectuée (ou du moins une réduction de la posologie).

Durant le traitement médicamenteux, les mesures non médicamenteuses sont maintenues et de nouvelles peuvent être introduites au besoin. De même, au moment de la tentative d'interruption du traitement, des mesures d'accompagnement non médicamenteuses peuvent être discutées au préalable et mises en œuvre.

## 1 Symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démence – Contexte

Environ deux tiers des résidentes et résidents en établissement médico-social présentent des troubles neurocognitifs et sont atteints d'une forme de démence, même en l'absence de diagnostic correspondant [1]. Les équipes soignantes sont confrontées à des exigences élevées lorsque des personnes atteintes de démence en EMS manifestent des SCPD [2]. Ces symptômes se traduisent par l'agitation, l'agressivité, le retrait social, l'apathie, la déambulation, la désinhibition sexuelle, les idées délirantes, les hallucinations, la peur et la dépression. Les symptômes les plus fréquents sont la dépression (54–64%) et l'agitation (38–64%), suivis par l'apathie (33–63%) et l'agressivité (24–34%) [2].

Les SCPD sont provoqués par l'interaction de différents facteurs, et pas seulement en raison de la maladie. Ces manifestations multifactorielles ont déjà été décrites par Moos sous la notion de « concept socio-économique » [3] : le comportement humain n'est pas seulement déterminé par la personnalité, la biographie et la maladie, mais également par l'environnement, qui comprend aussi bien l'environnement social que des facteurs matériels, physiques, structurels et organisationnels.

Les SCPD sont très pénibles, aussi bien pour la personne concernée elle-même que pour les équipes soignantes et les autres résidentes et résidents. La qualité de vie des personnes présentant des SCPD est altérée, leurs capacités pour les actes du quotidien se détériorent, leur déclin cognitif s'accélère et leur mortalité s'accroît [4–6]. La gestion des SCPD peut conduire à une surcharge, du stress et un sentiment d'impuissance chez le personnel soignant. La fréquence d'apparition d'un symptôme importe moins que la pénibilité vécue par le personnel et l'intensité du symptôme ressentie par les personnes atteintes de SCPD [7–9]. L'agitation et l'agressivité sont considérées comme particulièrement pesantes.

**Exemple 1 : effets secondaires d'un neuroleptique**  
Monsieur Linder, 84 ans, vit dans un groupe protégé pour personnes atteintes de démence et se trouve à un stade modéré de la maladie. À plusieurs reprises, il a fait preuve d'agressivité verbale et physique envers le personnel et les autres pensionnaires. En accord avec sa fille, et après avoir tenté en vain diverses mesures non médicamenteuses, de la quétiapine lui a été administrée, d'abord à faible dose, puis progressivement plus élevée. Au bout d'un mois, Monsieur Linder a semblé de plus en plus fatigué, il ne pouvait plus manger seul, s'endormait durant les repas, avait moins d'entrain et ne s'intéressait presque plus à ce qui l'entourait. En accord avec le médecin traitant et la fille, la quétiapine a été efficacement diminuée. Désormais, Monsieur Linder est plus vif et intéressé, sans que son agressivité devienne incontrôlable.

Le plus souvent, des médicaments sédatifs psychotropes, appelés neuroleptiques, sont utilisés dans le traitement des SCPD, en plus des interventions psychosociales ou non médicamenteuses. L'objectif est de garder le contrôle de situations difficiles [10]. Les neuroleptiques peuvent cependant avoir des effets secondaires indésirables graves. Tous les neuroleptiques entraînent une somnolence accrue et des effets sédatifs [11] ainsi qu'une atténuation générale des émotions et une incapacité d'éprouver du plaisir [12]. Selon le médicament prescrit, s'ajoutent des symptômes extrapyramidaux (p. ex. rigidité, tremblements, spasmes) ainsi qu'un risque accru d'accident vasculaire cérébral [13] et de mortalité [11, 14, 15]. En outre, les neuroleptiques peuvent également agir de manière paradoxale et renforcer les symptômes ou déclencher un délirium. C'est la raison pour laquelle les interventions non médicamenteuses doivent absolument toujours être prioritaires [4, 10].

- Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) peuvent être très pénibles, aussi bien pour la personne concernée elle-même que pour les équipes soignantes et les autres résidentes et résidents.
- Le traitement intègre souvent des neuroleptiques. Ces derniers ont cependant de graves effets secondaires indésirables. Dès lors, les mesures non médicamenteuses ont toujours la priorité dans le traitement des SCPD, avec une attention particulière sur la façon de gérer des relations et des interventions.

## 2 Évolution et facteurs déclenchants des SCPD

Au cours de leur maladie, 98% des personnes atteintes de démence sont concernées par un ou plusieurs SCPD. Les SCPD sont la raison la plus fréquente de l'entrée en établissement médico-social [16]. Certaines formes de démence favorisent le cumul de SCPD spécifiques, par exemple la dépression en cas de démence vasculaire, les hallucinations en cas de démence de corps de lewy ou encore la désinhibition et la déambulation avec la démence fronto-temporale [2]. Des modifications apparaissent également au cours de la maladie, par exemple une agitation accrue ou des épisodes d'idées délirantes, d'hallucinations et d'agressivité au stade intermédiaire ou avancé de la démence [2].

L'apparition de SCPD est multifactorielle. D'une part, ils sont causés par des lésions du cerveau et par des modifications dans la neurotransmission [10, 17]. D'autre part, les changements neurodégénératifs liés à une démence agissent sur la capacité de la personne concernée à interagir avec d'autres personnes et avec son environnement. La perception situationnelle est altérée, ce qui augmente sa vulnérabilité aux facteurs de stress [10]. Les SCPD sont provoqués par l'action conjuguée de plusieurs facteurs, qui peuvent tenir, d'une part à la personne présentant des SCPD et à sa maladie, d'autre part au personnel soignant et à l'environnement [10]. L'illustration 1 regroupe les facteurs d'influence qui reviennent souvent dans la littérature [10, 17, 18], et dont la répartition se réfère aux trois champs thématiques selon Kales et al. [10].

Parmi les facteurs déclenchants, il faut distinguer les facteurs qui se modifient (p.ex. la douleur, les besoins non satisfaits, la stimulation excessive) de ceux qui ne se modifient pas (p.ex. le type et le stade de la démence, la personnalité de la personnes atteinte de SCPD, les événements de la vie). Pour le traitement des SCPD, il est essentiel de repérer

systématiquement, à l'aide d'un diagnostic compréhensif, les différents facteurs sur lesquels il est potentiellement possible d'agir, et d'en dégager des mesures à adapter individuellement à chaque personne atteinte de SCPD [19].

- *L'apparition des SCPD est toujours multifactorielle.*
- *Pour le traitement, il est important de repérer systématiquement les facteurs déclenchants chez la personne atteinte de SCPD, chez le personnel soignant et dans l'environnement.*

Personne atteinte de SCPD	Équipe soignante	Environnement
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes médicaux aigus (p.ex. infection, douleur, rétention urinaire, constipation), effets secondaires de médicaments</li> <li>• Besoins physiques, psychiques, émotionnels et/ou sociaux non satisfaits (p.ex. soif, fatigue, ennui)</li> <li>• Troubles sensoriels (vision, ouïe)</li> </ul> <p><i>Non modifiables :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Changements neurodégénératifs</i></li> <li>• <i>Type et stade de la démence</i></li> <li>• <i>Traitement de l'information modifié</i></li> <li>• <i>Modification de la neurotransmission et de la neuromodulation</i></li> <li>• <i>Traits de personnalité</i></li> <li>• <i>Prédisposition génétique</i></li> <li>• <i>Maladies psychiatriques préexistantes</i></li> <li>• <i>Histoire de vie</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de connaissances sur la démence et les SCPD</li> <li>• Mode de communication</li> <li>• Manque d'adéquation entre les attentes envers la personne avec SCPD et la gravité de la démence, avec pour conséquence une sollicitation excessive, une atteinte à l'estime de soi ou un manque de respect de la volonté de la personne avec SCPD,</li> <li>• Stress, accablement, dépression</li> <li>• Ressources limitées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caractéristiques physiques de l'environnement telles que l'architecture, le design, la couleur, la lumière, l'espace</li> <li>• Environnement insécurisant, manque de repères</li> <li>• Changement dans l'environnement physique ou social</li> <li>• Stimulation excessive, absence de stimulation</li> <li>• Manque d'activité</li> <li>• Organisation du temps lacunaire ou modification dans la façon de procéder</li> </ul>

Facteurs déclenchants pour :

**Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence**

*Illustration 1 : Facteurs d'influence sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (en référence à [10, 17, 18], en italique, les facteurs non modifiables)*

### 3 Distinction entre SCPD et délirium

Les personnes âgées présentent divers facteurs de risque de développer un délirium, par exemple la multimorbidité et la polymédication. En particulier, les infections et les médicaments aux effets anticholinergiques ou sédatifs (p.ex. les benzodiazépines) peuvent favoriser le délirium [20]. Il convient de distinguer attentivement les SCPD des symptômes d'un délirium. Chez les personnes atteintes de démence, tout changement de comportement doit faire penser à un délirium. Les symptômes peuvent être les mêmes que dans le cas de SCPD ; un changement brutal suppose cependant plutôt un délirium<sup>1</sup>. Un délirium présente généralement les caractéristiques suivantes :

- début aigu (en quelques heures ou jours ; dans le cas des SCPD, on observe une plus longue durée au cours de la démence)
- évolution fluctuante (qui ne se vérifie cependant pas souvent), troubles de l'attention et de la conscience (de la somnolence jusqu'au coma en alternance avec de l'agitation)
- une cause sous-jacente, p.ex. une affection médicale aiguë (infection des voies urinaires, pneumonie, constipation, etc.), l'administration ou l'interruption de médicaments spécifiques, un changement de lieu ou la suppression de substances
- peut disparaître rapidement, dès lors que la cause est identifiée et traitée

Circonstance aggravante, les personnes atteintes de démence sont davantage exposées au risque de développer un délirium. En particulier, une agitation nouvelle ou accrue, des changements dans le rythme entre veille et sommeil et les sautes d'humeur peuvent indiquer un délirium chez les personnes qui présentent des SCPD [21]. La prise en charge de la maladie déclenchante, la suppression des médicaments mis en cause ou des autres facteurs déclenchants ainsi que la mise en place de mesures non médicamenteuses peuvent contribuer au traitement des symptômes d'un délirium. Les personnes avec des SCPD préexistants auront besoin de davantage de temps pour se rétablir que celles qui ne présentent pas de SCPD [22].

- Les SCPD doivent être distingués d'un délirium.
- Les personnes qui présentent des SCPD peuvent aussi développer un délirium et requièrent un traitement spécifique.

### 4 Démarche structurée pour évaluer et traiter les SCPD

Dans la mesure où les SCPD sont multifactoriels, il n'existe pas de traitement unique qui convient à toutes les personnes présentant des SCPD. Dès lors, il est toujours nécessaire de procéder à une évaluation systématique des causes afin de concevoir un plan de traitement individualisé. Il existe divers modèles qui guident la prise en charge professionnelle des SCPD.

---

<sup>1</sup> De plus amples informations sont disponibles auprès du « Verbund-Geriatrie » universitaire de Zurich, sur le site internet <https://usz-microsite.ch/geriatrieverbund/verbund/> ou chez Savaskan et. al. 2016

Tous se caractérisent par un processus structuré qui comprend les étapes suivantes :

1. Description globale des symptômes
2. Examen et analyse pour comprendre les causes et les éléments déclenchants du comportement
3. Planification et mise en œuvre des interventions
4. Évaluation

La définition des quatre étapes se réfère ici à l'algorithme d'intervention BPSD-DATE<sup>2</sup> [17]. Cet algorithme est recommandé par des spécialistes dans une publication de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la stratégie nationale en matière de démence, pour évaluer les causes et les facteurs déclenchants des SCPD et pour prendre et évaluer les mesures idoines [23]. Développée par une équipe de recherche de l'Université du Michigan et de l'Université John Hopkins, et recommandée par un groupe d'expertes et d'experts, la méthode DICE<sup>3</sup> est conçue de la même manière que l'algorithme BPSD-DATE [10, 24]. Les trois premières étapes (description, examen, traitement) peuvent également s'appuyer sur le modèle de discussion de cas Witten pour les personnes atteintes de démence, lequel utilise le système d'évaluation novateur axé sur la démence WELCOME-IdA [25]. Pour les deux premières étapes de description et d'examen, le modèle comporte un instrument d'évaluation spécifiquement conçu pour les SCPD et propose pour la troisième étape de planification des mesures une aide à la structuration des discussions de cas au sein de l'équipe soignante.

L'échelle d'évaluation Serial Trial Intervention (STI) peut compléter les étapes de l'examen, du traitement et de l'évaluation [26, 27]. Le modèle a été développé à l'Université de Wisconsin-Milwaukee pour la gestion des symptômes comportementaux et conduit pas à pas à travers les différents niveaux de mesures destinées à réduire le symptôme cible. Y est décrit l'ordre dans lequel les causes possibles sont évaluées. L'échelle STI et l'instrument WELCOME-IdA reposent tous deux sur le modèle Need-Driven Dementia-Compromised Behavior (NDB) [28], lequel considère les SCPD comme l'expression de besoins non satisfaits. Selon le modèle NDB, il appartient au personnel soignant de reconnaître la signification des comportements et de s'attaquer aux causes. Les quatre étapes décrites dans les pages suivantes servent à cet effet.

- Le traitement des SCPD est toujours adapté individuellement à la personne concernée.
- Le traitement des SCPD requiert le plus souvent la collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe soignante.
- Une démarche structurée est recommandée pour la conception d'un plan de traitement individualisé : 1) Décrire 2) Examiner 3) Traiter 4) Évaluer
- Les instruments tels que l'algorithme BPSD-DATE, DICE, WELCOME-IdA ou STI guident la démarche structurée.

<sup>2</sup> DATE: **D**escribe & **M**easure, **A**nalyze, **T**reat, **E**valuate

<sup>3</sup> DICE: **D**escribe, **I**nvestigate, **C**reate, **E**valuate

#### 4.1 Décrire

##### Exemple 2 : le rôle des proches

Monsieur Klein présente une démence à un stade avancé. Il a vécu seul de nombreuses années sur un alpage avant de se marier et de s'installer avec sa femme dans un village, où ses deux filles ont grandi. Monsieur Klein vit aujourd'hui en EMS. Lorsque le veilleur de nuit a voulu l'accompagner aux toilettes, il a violemment réagi et s'est débattu. Il a uriné sur le sol. Un entretien avec son épouse a permis d'apprendre que sur l'alpage, il avait un seau à côté du lit pour la nuit. Désormais, à l'EMS, il a toutes les nuits un seau à côté de son lit, qu'il laisse vider sans problème par le veilleur de nuit.

Dans un premier temps, les symptômes sont précisément décrits. Il n'y a pas que la nature, la fréquence, le degré de gravité et la charge causée par les symptômes qui sont pris en compte. Le moment de la journée, le lieu, les personnes et les circonstances sont également examinés, afin de pouvoir repérer les éventuels signes avant-coureurs ou les facteurs déclenchants qui sont à l'origine du comportement. Pour ce faire, le dialogue est recherché au sein de l'équipe soignante, le cas échéant avec les proches et la personne concernée si c'est possible. Les proches sont de précieux alliés pour comprendre les habitudes et les besoins des personnes avec des SCPD. Il importe également de clarifier quels symptômes sont pénibles ou problématiques pour la personne avec des

SCPD et/ou l'équipe soignante.

Divers instruments d'évaluation peuvent être utiles pour décrire les SCPD. Dans le cadre de la stratégie nationale en matière de démence, l'inventaire neuropsychiatrique NPI de Cummings est recommandé [23, 29]. Il permet de mesurer la fréquence, le degré de gravité et la charge induite des douze différents SCPD. Cette évaluation spécifique assure une saisie et une comparabilité des données, ainsi qu'une appréciation de l'évolution de la maladie [23]. L'instrument WELCOME-IdA peut être utilisé pour une évaluation globale, et une saisie structurée des facteurs déclenchants tels que les circonstances, le lieu et le moment [25]. Dans le quotidien, il est possible de n'utiliser que des parties du questionnaire d'évaluation de 19 pages<sup>4</sup>. Ce qui importe, c'est une appréciation globale de la personne, qui prend en considération les dimensions physique, psychique, sociale et spirituelle pour rechercher les causes des SCPD et initier les mesures.

#### 4.2 Examiner et comprendre

Dans un deuxième temps, il s'agit de procéder à un diagnostic approfondi pour identifier les causes sous-jacentes et modifiables, de les analyser ou de les exclure [19, 30]. L'illustration 1 peut renvoyer à des causes possibles. L'échelle d'évaluation STI indique l'ordre dans lequel les causes possibles peuvent être examinées (cf. chapitre 4.5 Serial Trial Intervention – STI).

Pour l'analyse, un diagnostic d'exclusion peut être utile, comme cela se fait dans le cadre du protocole STI. À cet effet, les idées concernant le comportement par rapport à la personne

<sup>4</sup> Les questions portant sur les événements particuliers avant les premières apparitions des SCPD sont essentielles pour l'évaluation ; les moments de la journée auxquels les SCPD se manifestent ; la fréquence des épisodes ; le lieu où ils surviennent ; les personnes habituellement présentes ; si le comportement est pénible ou désagréable pour la personne concernée elle-même, pour les autres résidentes et résidents ou le personnel.



présentant des SCPD, au personnel soignant et à l'environnement, sont recueillies, examinées puis évaluées. Il y a lieu ici de considérer la dimension multifactorielle des SCPD ; ils apparaissent souvent dans l'interaction entre la personne avec des SCPD, le personnel soignant et l'environnement. La compréhension du comportement est essentielle pour trouver une solution adéquate.

#### 4.3 Traiter

Dans une troisième étape, l'équipe soignante interprofessionnelle développe et met en place un plan de traitement, en collaboration avec les proches et, si possible, avec la personne concernée. À ce propos, on distingue en général entre les interventions médicales et non médicamenteuses, qui agissent sur les causes et facteurs déclenchants modifiables, et les mesures médicamenteuses.

En cas de problèmes médicaux, la cause est diagnostiquée par le ou la médecin responsable, puis traitée, p.ex. avec des antibiotiques en cas d'infection urinaire, la régulation de la digestion en cas de constipation ou l'apport de liquides en cas de déshydratation. L'arrêt de médicaments, notamment ceux qui ont des effets secondaires indésirables, fait également partie des interventions médicales.

Kales et al. [10] donnent divers exemples d'interventions non médicamenteuses qui

agissent sur les facteurs déclenchants modifiables (cf. tableau 1). La mise en place de mesures non médicamenteuses adaptées à la situation de la personne présentant des SCPD passe par un échange au sein de l'équipe soignante. La démarche commune favorise l'implication de l'ensemble des partenaires dans la mise en œuvre et l'évaluation. Prennent part au traitement aussi bien le personnel soignant et le corps médical que les thérapeutes (physiothérapeute, ergothérapeute, spécialiste en activation, musicothérapeute et art-thérapeute) et guides spirituels. Ensemble, ces partenaires donnent de nouvelles perspectives à la situation. L'outil WELCOME-IdA offre ici aussi son aide pour structurer une discussion de cas.

#### Exemple 3 : cause médicale des SCPD

Madame Wachter est atteinte d'une démence de type Alzheimer. Elle manifestait un comportement verbal et physique agressif. Une consultation clinique a permis de constater de fortes douleurs dans la bouche – avec des caries et une inflammation de la muqueuse buccale. Après des soins dentaires et une thérapie réussie contre la douleur, Madame Wachter a retrouvé une nouvelle qualité de vie. Elle rit à nouveau et est détendue.

Les facteurs modifiables	Exemples de mesures
<b>Personne avec SCPD</b>	
Besoins non satisfaits	- Répondre aux besoins, p.ex. la faim, la soif, la peur
Déficit sensoriel	- Utiliser des aides visuelles et auditives
Troubles cognitifs avec cumuls aggravants et difficultés à appréhender les situations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expliquer, simplifier les situations pour les personnes atteintes de démence</li> <li>- Créer des zones de confort individuelles</li> <li>- Aborder des thématiques de la vie et les intégrer dans les interactions</li> </ul>
<b>Personnel soignant</b>	
Connaissances, capacités lacunaires, exigences excessives envers la personne atteinte de démence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation continue, pratique</li> <li>- Attitude adaptée à la démence, p. ex. dans les contacts et la création des liens de confiance, flexibilité<sup>5</sup></li> </ul>
Compréhension et mode de communication	- Se familiariser aux techniques de communication dans les relations avec les personnes atteintes de démence, y compris la communication corporelle
<b>Environnement</b>	
Sur-stimulation ou sous-stimulation	- Réguler la stimulation, p.ex. réduire le bruit (radio, télévision), activité adaptée, suffisamment de moments de repos
Structures mal définies, manque de repères	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planifier assez de temps pour les activités</li> <li>- Rendre visibles et perceptibles les structures des journées et des semaines et de l'organisation des activités quotidiennes pour les personnes atteintes de démence</li> <li>- Développer et utiliser des rituels personnalisés</li> </ul>

Tableau 1 : Exemples de mesures pour les facteurs déclenchants des SCPD sur lesquels il est possible d'agir (structuration selon Kales et al. [10])

<sup>5</sup> cf. également les recommandations d'Alzheimer Suisse et de l'OFSP pour les institutions de soins de longue durée <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/publications-produits/produit/recommandations-a-l'intention-des-etablissements-medico-sociaux>

Les médicaments psychotropes n'entrent en ligne de compte que si les éventuelles solutions aux problèmes médicaux et les mesures non médicamenteuses restent sans effets sur la modification des éléments déclenchants et si le symptôme cible est particulièrement pénible pour la personne concernée et/ou pour le personnel soignant. Le traitement est mis en place en accord avec la personne concernée ou avec les proches habilités à la représenter. Dans une telle situation, il y a toujours lieu de soupeser les bénéfices procurés par le traitement et les inconvénients des effets secondaires indésirables (cf. chapitre 6. Mesures médicamenteuses en cas de SCPD).

#### 4.4 Évaluer

Dans la quatrième étape, l'équipe de soins, en collaboration avec les proches et la personne concernée, évalue les interventions mises en œuvre du point de vue de leur efficacité et sécurité. L'évaluation doit permettre de savoir si les symptômes cibles se sont améliorés et si des effets indésirables ou des incidences sont apparus. Avant d'utiliser des médicaments psychotropes, un examen clinique doit être réalisé, avec des analyses de laboratoire et un ECG. L'efficacité et les effets secondaires possibles sont continuellement surveillés et l'indication pour la prescription de tels médicaments vérifiée. Décision est alors prise quant à la nécessité de poursuivre leur administration ou à la possibilité de les réduire (cf. chapitre 6.3 Monitoring et réduction des neuroleptiques).

#### 4.5 Serial Trial Intervention – STI

Le protocole STI intervient dans le traitement des symptômes chez les personnes qui sont atteintes de démence et qui ne sont pas en mesure de donner des informations à propos de leurs symptômes. En six étapes, l'outil favorise la mise en place de mesures destinées à réduire les symptômes [26, 27] et hiérarchise les priorités dans la recherche des causes possibles et dans la planification et l'application des mesures. Les étapes 0–2 abordent directement les problèmes existants. S'il n'y a pas de problème ou si les mesures n'aident en rien, l'étape suivante est actionnée.

0. Évaluation des besoins fondamentaux non satisfaits (p.ex. la faim, la soif, le besoin d'aller aux toilettes, les aides visuelles et auditives).
1. Évaluation de la douleur ou des besoins physiques par le personnel soignant et par la médecin traitante ou le médecin traitant (y compris les examens physiques et médicaux, laboratoire, etc.).
2. Évaluation des besoins affectifs (les besoins psychosociaux et ceux liés à l'environnement, p.ex. les repères, le rythme quotidien, la participation, l'estime).
3. Essai de mesures non médicamenteuses adaptées à la personne atteinte de SCPD (cf. chapitre 5. Mesures non médicamenteuses en cas de SCPD).
4. Administration d'antalgiques à titre d'essai (même en l'absence de signes de douleur, soit par une augmentation de la dose, soit en prenant dans la réserve et, si bénéfique, par une ordonnance permanente)
5. Consultation au sein de l'équipe interprofessionnelle et administration de médicaments psychotropes à titre d'essai (p.ex. médicaments anti-démence, antidépresseurs, neuroleptiques).

Les étapes sont répétées jusqu'à parvenir à une réduction des SCPD. La méthode STI démontre la priorité accordée à l'examen médical et aux mesures non médicamenteuses, avant que les médicaments psychotropes soient envisagés comme solution.

## 5 Mesures non médicamenteuses en cas de SCPD

### Exemple 4 : effet des mesures non médicamenteuses en cas de SCPD

Madame Ruckstuhl est atteinte d'une démence avancée, et la communication verbale n'est plus possible. Elle manifestait des mouvements brusques, incontrôlés avec les bras, les jambes et le haut du corps, qui présentent un risque pour elle-même (chutes) et qui compliquent la communication, les soins corporels ainsi que l'aide au repas. Le plus souvent, elle avait les yeux fermés. Un diagnostic compréhensif a mis en évidence le fait que Madame Ruckstuhl avait perdu le contact avec son propre corps ; ses sens favorisés étaient le toucher et le goût. L'équipe a décidé d'établir un contact physique avec elle toutes les deux heures et de lui proposer un morceau de chocolat. Avant les soins du corps et le repas, elle lui masse le dos, le haut des bras et les jambes avec une balle hérissée. Trois fois par jour, elle avait la possibilité d'effectuer des mouvements en toute sécurité, allongée sur un tapis de gymnastique.

Après deux semaines, Madame Ruckstuhl ouvrait la bouche dès qu'une soignante ou un soignant était à proximité. Après les massages, les mouvements incontrôlés ont également diminué, si bien qu'il n'était plus nécessaire de la contenir pour les soins corporels.

À l'instar des facteurs d'influence, les mesures non médicamenteuses se répartissent en mesures qui s'adressent directement à la personne avec des SCPD, celles qui agissent sur l'environnement (p.ex. éviter l'excès de stimulations et le stress, définir le rythme de la journée) ou celles qui concernent le personnel de soins et d'accompagnement (p.ex. formation à la communication avec des personnes atteintes de démence, démarche structurée de résolution de problèmes comme l'algorithme BPSD-DATE ou les outils DICE, WELCOME-IdA ou STI, diagnostic de soins compréhensif, discussion de cas).

Plusieurs études font état d'évidences solides à propos des démarches structurées de résolution de problème : dans la recherche des causes possibles des SCPD, une démarche structurée avec une STI peut réduire aussi bien la fréquence des SCPD que l'utilisation des médicaments psychotropes [27, 31].

Ce chapitre se concentre sur les mesures non médicamenteuses appliquées aux personnes atteintes de SCPD. Toutes les mesures relèvent de soins centrés sur la personne, c'est-à-dire d'une approche qui place la personne au centre et qui la considère dans sa singularité. Les soins créent un espace relationnel, dans lequel se jouent l'interaction et la communication, et qui renforce la personne. Dans les rapports quotidiens avec

des personnes présentant des SCPD, la création et le maintien des relations sont au premier plan [30]. C'est une façon de faire une place à leur besoin d'être entendu, compris et accepté et de se sentir en lien avec les autres [30].

D'un point de vue hors soins infirmiers, des données probantes confirment l'efficacité de la psychothérapie chez les personnes qui ont des déficits cognitifs et des SCPD légers à modérés, en particulier en cas de dépression et d'anxiété [4, 32, 33]. Le tableau 2 propose une

compilation des preuves actuelles issues de la recherche à propos des mesures non pharmacologiques les plus fréquemment utilisées et appliquées en cas de SCPD par le personnel des soins et de l'accompagnement. Il manque encore des études de qualité qui permettraient de disposer des preuves solides relatives aux différentes mesures, et toutes les mesures qui entrent en considération n'ont pas encore été étudiées.

L'absence de preuves ou la mixité des preuves (scientifiques et non scientifiques) ne signifie pas que les mesures ne peuvent pas être appliquées. Les expériences tirées de la pratique montrent bien que les mesures ou paquets de mesures peuvent être d'une grande utilité.

À noter également que quelques-unes des mesures listées dans le tableau 2 ne sont pas très utiles dans les situations où les SCPD relèvent d'un élément déclenchant spécifique. Des mesures individuelles intégrées dans les activités quotidiennes sont nécessaires. Ici aussi les études manquent pour évaluer l'impact de la relation d'aide, en particulier dans les situations de soins de base comme la toilette corporelle ou l'aide pour aller aux toilettes.

#### Exemple 5 : l'efficacité des mesures non médicamenteuses en cas de SCPD

Le plus souvent, Monsieur Ganz est apathique, ne bouge pas, est assis à table avec les yeux fermés et réagit à peine à son environnement. Lorsque, les écouteurs sur les oreilles, il entend sa musique préférée choisie avec ses proches, il ouvre les yeux. Il pose un regard interrogateur sur la soignante ou le soignant, un contact s'établit. Monsieur Ganz réalise que son vis-à-vis apprécie aussi sa musique favorite. Ses lèvres se forment pour siffler et ses mains battent la mesure. Il balance le haut du corps, un sourire se dessine sur son visage et il voit que son vis-à-vis a aussi du plaisir. Un moment de rencontre se passe.

En fonction des examens, il est important de choisir une mesure ou un ensemble de mesures non médicamenteuses pour la personne qui présente des SCPD et, comme décrit plus haut, de tester leur efficacité chez la personne. À cet effet, les capacités physiques, fonctionnelles et cognitives existantes de la personne concernée doivent absolument être prises en considération, de même que son histoire, ses valeurs et ses préférences [34]. Bien que la plupart des mesures ne présentent aucun risque, il faut garder à l'esprit que les mesures qui touchent à la cognition et aux émotions peuvent déclencher de l'agitation (p.ex. à cause du stress ou d'émotions négatives).

	Utilisation/Mode d'action	Preuves
<b>Perception sensorielle</b>		
Aromathérapie [4, 33–39]	Utilisation externe d'huiles aromatiques pour calmer. L'utilisation d'huile de lavande en nébulisation a été souvent documentée.  Effet présumé via le système nerveux autonome et le contact social/physique	Mixité des preuves  Attention : les personnes atteintes de démence peuvent avoir des déficits de l'odorat
Massage [2, 35, 38, 40]	Massage p.ex. du dos, des épaules, de la nuque, des mains, des pieds  Effet présumé via une réaction physiologique et le contact social/physique	Mixité des preuves, éventuellement effet positif en cas d'agitation, d'agressivité, de peur, de dépression, de cris
Stimulation multisensorielle (p.ex. Snoezelen, jardin sensoriel) [4, 33, 35, 37, 38, 41]	Stimulation de plusieurs sens avec des effets de lumière, des sons apaisants, des odeurs et/ou une stimulation tactile  Effet présumé via le contact social	Mixité des preuves, éventuellement effet positif en cas d'agitation, de peur, d'apathie, de dépression
Luminothérapie [35, 37, 38, 40]	Utilisation de la lumière pour synchroniser le rythme circadien avec le rythme jour-nuit  Effet présumé via un changement dans le rythme circadien	Preuves concluantes en cas de troubles du rythme éveil-sommeil  L'acceptation dépend de la source lumineuse, les effets dépendent de la durée d'exposition à la lumière
<b>Mesures psychosociales</b>		
Validation [4, 35, 38]	Validation de la réalité perçue et de l'expérience émotionnelle de la personne concernée.  Effet présumé via le soulagement des sentiments négatifs et le renforcement des sentiments positifs	Mixité des preuves, éventuellement effet positif en cas d'agitation, d'apathie, d'irritabilité

	Utilisation/Mode d'action	Preuves
Thérapie par réminiscence [4, 33, 35, 38, 41]	Focalisation sur les souvenirs positifs, p.ex. avec des photos et des objets  Effet présumé via une amélioration du bien-être, le plaisir et la stimulation cognitive	Mixité des preuves concernant l'apathie, éventuellement effet positif sur l'humeur, les symptômes dépressifs
Musicothérapie [2, 4, 33–38, 40–42]	Activité individuelle ou collective en lien avec la musique, en écoutant ou en jouant soi-même de la musique/en chantant  Effet présumé via une amélioration du bien-être et du vivre ensemble, le soutien de la mémoire, le divertissement, la réduction de la peur/du stress	Effet positif sur la peur, l'agitation et l'apathie  Il est important de choisir de la musique qui signifie quelque chose du point de vue des émotions ou de sa biographie (anamnèse musicale)
Zoothérapie [34, 35, 38, 41]	Moments structurés et non structurés avec des animaux (surtout des chiens)  Effet présumé via les liens affectifs, le soutien émotionnel, la stimulation sensorielle	Premiers signes d'un effet positif sur l'agitation, l'apathie, la dépression
Thérapie assistée par la technologie [34]	Intervention d'un robot thérapeutique Effet présumé : cf. zoothérapie	Premiers signes d'un effet positif sur l'agitation et la dépression
Activités significatives [2, 35–37]	Proposer des activités qui permettent l'engagement, l'interaction sociale, l'autoreprésentation et l'autodétermination	Mixité des preuves, éventuellement effet positif sur l'agitation, surtout lorsque les activités sont adaptées à la personne
Activités corporelles [2, 4, 33, 35–38, 43]	Mouvement, danse	Preuves concluantes, éventuellement effet positif sur l'apathie, les symptômes dépressifs, les troubles du sommeil et l'agitation

Tableau 2 : Mesures non médicamenteuses chez les personnes avec SCPD

- La description et l'analyse du comportement sont des éléments essentiels dans le traitement des SCPD afin de comprendre les causes et les facteurs déclenchants (diagnostic compréhensif) et d'ajuster en conséquence les mesures. Une démarche structurée pour clarifier et traiter les SCPD contribue à la réduction des SCPD.
- Il existe un vaste choix de mesures non médicamenteuses en cas de SCPD. Le choix des mesures non médicamenteuses qui seront appliquées à la personne concernée dépend du comportement observé, du contexte, des facteurs déclenchants et des capacités et préférences ainsi que du vécu personnel de la personne concernée.
- Toutes les mesures sont fondées sur une approche centrée sur la personne, qui place au centre la personne atteinte de démence ainsi que la création et le maintien des relations.
- Bien que les preuves soient incertaines ou absentes pour de nombreuses mesures non médicamenteuses, l'expérience clinique montre que les mesures peuvent aider les personnes concernées. Les mesures peuvent donc être testées et leur effet chez la personne concernée peut être vérifié. Il est important que les mesures soient mises en œuvre en continu sur une certaine période par toutes les personnes impliquées.

## 6 Mesures médicamenteuses en cas de SCPD

### 6.1 Principes des traitements

#### Exemple 6 : nouvelle prescription d'un neuroleptique

Monsieur Frick, 79 ans, est atteint d'une démence avancée et vit dans une unité spécialisée adaptée à l'errance. Dans son monde, il se porte bien. Cependant, les situations de soins généraient du stress, surtout la toilette intime, lorsqu'il s'était mouillé ou sali. Un changement au niveau du personnel et des entretiens avec l'épouse pour envisager d'autres stratégies n'ont rien donné. En accord avec la médecin traitante et l'épouse, un traitement à la quétiapine à faible dose a été prescrit et la toilette corporelle a été effectuée tout en chantant. Monsieur Frick est ainsi plus coopératif, il accepte les soins.

Dans le traitement des SCPD, la priorité est donnée aux mesures non médicamenteuses. Si elles ne parviennent pas à réduire les SCPD, que les symptômes ciblés sont lourds et pénibles et que la personne habilitée à décider approuve, alors l'utilisation de médicaments psychotropes peut se justifier. Bien que les neuroleptiques soient les médicaments les plus souvent administrés en cas de SCPD, les lignes directrices prévoient que les médicaments anti-démence soient prescrits en premier lieu en cas de SCPD. D'autant plus que les neuroleptiques peuvent avoir des effets secondaires considérables. La mise en place d'un traitement antidépresseur avant l'administration de neuroleptiques peut aussi avoir des avantages et éviter le recours aux neuroleptiques. Les neuroleptiques doivent être prescrits avant tout en cas de

symptômes psychotiques. En l'occurrence, il faut donc toujours, au sein de l'équipe soignante et en collaboration avec la personne concernée et les proches, faire la part entre les risques liés



à un refus de traitement et les effets secondaires prévisibles<sup>6</sup>. Il est à noter que la prescription de neuroleptiques chez des résidentes et résidents incapables de discernement requiert toujours l'accord de la personne habilitée à représenter, selon l'ordre fixé dans l'art. 378 CCS. Si des douleurs sont suspectées, l'utilisation d'antalgiques est recommandée avant d'introduire des neuroleptiques [27, 44].

L'administration de neuroleptiques commence toujours par la plus faible dose possible, qui augmente progressivement, sur une période déterminée. Les neuroleptiques sont, si possible, utilisés comme médicaments à la demande en fonction des symptômes et non comme un traitement à long terme. Dans la mesure du possible, une monothérapie doit être privilégiée. Idéalement, l'indication et la posologie sont constamment contrôlées en collaboration avec la médecin traitante ou le médecin traitant, et la médication est interrompue dès que possible. La personne concernée est attentivement suivie pour pouvoir détecter les éventuels effets indésirables. Les neuroleptiques ne doivent pas être supprimés brusquement mais progressivement réduits.

Il y a des situations dans lesquelles la mise en place de médicaments psychotropes peut être d'emblée envisagée [10], sans avoir au préalable épuisé les possibilités des mesures non médicamenteuses [10, 27, 45] :

- Dépression avec ou sans idées suicidaires (p.ex. utilisation d'un antidépresseur)
- Symptômes psychotiques qui causent des préjudices ou qui présentent un risque important de préjudices chez la personne atteinte de SCPD ou chez le personnel soignant (p.ex. antipsychotique)
- Comportement agressif avec un risque majeur de mise en danger pour autrui ou pour soi-même (p.ex. antipsychotique ou citalopram)

Il arrive parfois que l'agressivité ou la psychose empêchent un examen plus précis des causes (médicales) possibles du comportement, auquel cas des médicaments psychotropes peuvent être prescrits de façon temporaire durant la phase de description ou d'examen.

- *Les neuroleptiques sont prescrits en cas de SCPD lorsque des mesures non médicamenteuses ne sont pas suffisamment efficaces, que la symptomatologie visée est très grave et pénible et que la personne habilitée à décider donne son accord.*
- *L'administration de neuroleptiques commence toujours par la plus faible dose possible, qui augmente progressivement, sur une période déterminée.*
- *Les neuroleptiques sont peu efficaces en cas de SCPD sans symptômes psychotiques.*
- *Les neuroleptiques ne doivent pas être supprimés brusquement mais progressivement réduits.*

<sup>6</sup> C'est aussi le sens voulu par l'art. 377 al. 2 CCS : « Le médecin traitant renseigne la personne habilitée à représenter la personne incapable de discernement sur tous les aspects pertinents du traitement envisagé, notamment sur ses raisons, son but, sa nature, ses modalités, ses risques et effets secondaires, son coût, ainsi que sur les conséquences d'un défaut de traitement et sur l'existence d'autres traitements. »

## 6.2 Utilisation de neuroleptiques pour le traitement de SCPD

Parmi les neuroleptiques, on distingue entre les neuroleptiques typiques et les neuroleptiques atypiques, ces derniers étant le plus souvent utilisés dans le traitement des SCPD. La littérature mentionne généralement cinq principes actifs qui sont plus particulièrement utilisés dans le cas des SCPD (cf. tableau 3) [2, 4, 17, 22, 42, 46]. Cela ne signifie pas pour autant que d'autres substances ne sont pas utilisées dans la pratique.

Groupe de médicaments	Substance et nom	Indications
Neuroleptiques conventionnels	Halopéridol (Haldol ®)	Traitement aigu du délire
Neuroleptiques atypiques	Rispéridone (Risperdal ®)  Aripiprazole (Abilify ®)  Olanzapine (Zyprexa ®)  Quétiapine (Seroquel ®)	Symptômes psychotiques, agitation, agressivité  La quétiapine et la rispéridone n'ont pas d'effet anticholinergique et sont, de ce fait, plus volontiers prescrites en cas de démence de type Alzheimer.  À ce jour, il n'y a pas suffisamment de preuves de l'efficacité de la quétiapine dans les cas de démence [2] ; elle est prescrite en cas d'agitation et de troubles du sommeil.

Tableau 3 : Les neuroleptiques intervenant dans le traitement des SCPD

La rispéridone est le seul neuroleptique autorisé dans le traitement des SCPD chez des personnes atteintes de démence de type Alzheimer. Les autres neuroleptiques sont utilisés off-label (cela signifie que le médicament n'est pas autorisé pour l'indication, en l'occurrence la démence). Selon le compendium des médicaments, l'halopéridol oral est autorisé pour le traitement « *de l'agressivité persistante et de symptômes psychotiques avec risque de préjudice pour le patient ou autrui lors de démence d'Alzheimer modérée à sévère ou de démence vasculaire après échec des traitements non pharmacologiques* ». <sup>7</sup>

Selon l'avis des spécialistes, l'halopéridol ne devrait être utilisé que pour le traitement aigu du délirium chez les personnes atteintes de démence [47], en raison de l'importance de ses effets secondaires, en particulier les symptômes extrapyramidaux et la sédation. En l'absence de délirium, il n'est pas recommandé comme traitement de première ligne [44].

<sup>7</sup> cf. information spécialisée à propos du Haldol ® sur compendium.ch : <https://compendium.ch/product/1977-haldol-tabl-1-mg/mpro>

Pour la rispéridone (Risperdal®), l'indication est la suivante :

*« ... comme traitement de durée limitée (jusqu'à 12 semaines) d'une forte agressivité ou de symptômes psychotiques sévères liés à la démence de type Alzheimer et représentant un danger ou une limitation importante du patient et/ou d'autres personnes et ne répondant pas à des méthodes non pharmacologiques. »<sup>8</sup>*

Et plus loin :

*« Au plus tard après trois mois de traitement par Risperdal, une interruption du traitement doit être envisagée. Le traitement ne sera réinstauré que lorsque les troubles comportementaux sévères réapparaissent. »*

Les mêmes restrictions que celles signifiées pour la rispéridone devraient s'appliquer à l'utilisation off-label d'autres neuroleptiques atypiques. L'utilisation off-label de médicaments engage la responsabilité de la ou du médecin qui les prescrits et doit par conséquent être dûment documentée et surveillée.

En raison des modifications physiologiques qui surviennent avec le vieillissement, les personnes âgées sont plus sensibles aux médicaments psychotropes. Cela signifie qu'elles ont besoin d'un dosage plus faible et qu'elles sont davantage susceptibles de développer des effets indésirables. Par ailleurs, la multimorbidité et la polymédication compliquent l'utilisation de psychotropes. De ce fait, les neuroleptiques peuvent aussi avoir des effets secondaires importants. Tous les neuroleptiques entraînent une augmentation de la somnolence et de la sédation (en particulier la quétiapine) [2, 11], ainsi qu'un ralentissement général des émotions, accompagné d'une incapacité à ressentir de la joie [12]. De plus, selon le médicament administré, s'ajoutent des symptômes extrapyramidaux (notamment avec la rispéridone, p.ex. rigidité, tremblements, spasmes), un déclin accéléré des compétences cognitives [45], des chutes, ainsi qu'un risque accru de délirium [47], d'accident vasculaire cérébral [13] et de mortalité [11, 14, 15, 48]. L'halopéridol présente le risque de mortalité le plus élevé, suivi par la rispéridone, l'olanzapine et la quétiapine [49], un risque qui s'accroît avec l'augmentation du dosage. Il ressort de l'étude de Maust et al. [49], qu'une personne meurt sur quelque 26 qui ont été traitées avec l'halopéridol, un chiffre qui passe à 50 dans le cas de la quétiapine. Les personnes atteintes d'une démence de corps de lewy ont une réaction paradoxale aux neuroleptiques [2]. L'utilisation de neuroleptiques en cas de démence de corps de lewy et de parkinson mérite une attention toute particulière [45]. Ces formes de démence ne tolèrent que la quétiapine ou la clozapine. De façon générale, les bénéfices des neuroleptiques par rapport à leurs effets secondaires sont plutôt faibles, sauf en cas de symptômes psychotiques.

- Parmi les neuroleptiques atypiques, seule la rispéridone est autorisée pour le traitement des SCPD, tous les autres sont administrés off-label.
- Des études apportent la preuve d'une petite taille d'effet quant à l'efficacité de la rispéridone, de l'aripiprazole et de l'olanzapine en cas de SCPD.

<sup>8</sup> cf. information spécialisée à propos du Risperdal ® sur compendium.ch:  
<https://compendium.ch/product/42958-risperdal-filmtabl-1-mg/mpro>

- *Tous les neuroleptiques peuvent avoir des effets secondaires sévères. Une appréciation minutieuse des bénéfices et des préjudices s'impose donc avant leur utilisation, si possible en collaboration avec la personne concernée et ses proches.*
- *En principe, le choix et la prescription de neuroleptiques sont de la responsabilité des médecins.*

### 6.3 Surveillance et réduction des neuroleptiques

Après la prescription d'un neuroleptique, l'équipe soignante a la responsabilité d'observer et de documenter l'efficacité et les éventuels effets secondaires. À cet effet, il est utile de transmettre les informations correspondantes au sein de l'équipe et de fixer des rappels dans le dossier de la résidente ou du résident. Le médecin traitant ou le médecin traitant est informé des éventuels effets secondaires et la suite du traitement est discuté en équipe, en collaboration avec la personne concernée et les proches. En principe, l'administration de tous les neuroleptiques doit être régulièrement évaluée et l'indication vérifiée, au moins toutes les six semaines [4].

L'interruption d'un neuroleptique est recommandée s'il n'y a pas d'amélioration significative des symptômes au bout de quatre semaines, suite à l'administration d'une dose appropriée [44]. C'est le temps nécessaire pour percevoir des effets qui se manifestent lentement [22].

En cas de traitement efficace, la littérature évoque la possibilité d'interrompre les neuroleptiques après trois mois. Si le dosage était approprié, il n'y aura pas de grands changements concernant les SCPD [50]. Après six semaines, mais au plus tard après trois mois, il convient de faire une première tentative d'arrêt des neuroleptiques [22]. Une nouvelle fois, cette décision est discutée avec l'équipe soignante et en accord avec la personne concernée (si possible) et les proches. Durant toute la durée du traitement à base de neuroleptiques, il est important de poursuivre les interventions non médicamenteuses et éventuellement d'en envisager de nouvelles. De même, des mesures non médicamenteuses d'accompagnement doivent être discutées et mises en œuvre pour soutenir l'arrêt progressif de la médication. Chez les personnes atteintes de SCPD sévères, il se peut cependant que les symptômes réapparaissent de même ampleur. Il est peut-être donc judicieux de poursuivre la

#### Exemple 7 : tentative de suppression d'un neuroleptique

Monsieur Gloor est atteint d'une démence fronto-temporale et montre depuis plusieurs semaines un comportement de désinhibition sexuelle. Durant la toilette corporelle, il émettait des commentaires inappropriés et essayait de toucher la poitrine et les fesses des soignantes. De même, il cherchait le contact avec les autres résidentes, les embrassait et passait sa main sous leurs jupes. Il s'en est suivi des situations conflictuelles avec mise en danger de tiers. Il était violent verbalement lorsque des limites lui étaient posées. L'administration de rispéridone a permis de désamorcer la situation. Il n'y a plus eu d'agressions et Monsieur Gloor semblait plus calme et moins tendu. L'équipe soignante a d'abord été réticente à tenter une réduction du médicament après trois mois. Puis elle a pu constater que Monsieur Gloor s'était stabilisé et le médicament a finalement pu être totalement supprimé.

prise des neuroleptiques [50]. Les récurrences, par exemple en cas de syndromes paranoïdes ou hallucinatoires, ne sont pas rares [45].

- *L'équipe soignante surveille et documente l'efficacité et les effets secondaires des neuroleptiques.*
- *L'administration de neuroleptiques est systématiquement évaluée et l'indication vérifiée au moins toutes les six semaines.*
- *Après trois mois au plus tard, une première tentative d'arrêt du traitement est envisagée.*
- *Les interventions non médicamenteuses sont poursuivies durant le traitement médicamenteux, et de nouvelles sont introduites au besoin.*

#### 6.4 Autres options médicamenteuses en cas de SCPD chez les personnes atteintes de démence

Outre les neuroleptiques, d'autres médicaments psychotropes peuvent être utilisés en cas de SCPD, dont la liste figure dans le tableau 4 ci-dessous. Pour approfondir la question, le chapitre des Ressources complémentaires propose d'autres références.

Groupe de médicaments	Substance et nom	Indications	Effets secondaires
Anti-démence	<p>Inhibiteurs de la cholinestérase</p> <p>Donépézil</p> <p>Galantamine</p> <p>Rivastigmine</p> <p>Mémantine</p>	<p>Démence légère à modérée</p> <p>En cas d'apathie, de dépression, d'anxiété, d'irritabilité (pas d'effet sur l'agitation)</p> <p>Démence modérée à sévère</p> <p>En cas d'agitation, d'idées délirantes, d'hallucinations, d'agressivité</p>	<p>Diarrhée, nausée, vomissement, bradycardie symptomatique et syncope</p>

Groupe de médicaments	Substance et nom	Indications	Effets secondaires
Antidépresseurs  (les antidépresseurs tricycliques ne sont pas recommandés en cas de démence en raison de leurs effets secondaires anticholinergiques)	ISRS (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine)  Citalopram  Anciens antidépresseurs  Trazodone (Trittico®), a un effet sédatif, dose du soir	En cas d'anxiété, de dépression, aussi d'agitation et d'agressivité  En cas d'agitation	Nausée et vomissement, mal de tête, troubles du sommeil, diarrhée, tremblements, altération de la cognition
Antalgique	Commencer avec des antalgiques périphériques. S'ils agissent mais pas suffisamment, envisager des opiacés peu puissants. S'ils agissent aussi, mais pas encore assez, passer aux opiacés hautement efficaces (p.ex. par injection s-c, puis, si c'est efficace, opter pour le patch)	En cas d'agitation	

Tableau 4 : Administration d'autres groupes de médicaments en cas de SCPD [2, 4, 17, 22, 42, 46]

L'utilisation des benzodiazépines (p.ex. Temesta®, Seresta®) et des hypnotiques est généralement déconseillée chez les personnes atteintes de démence en raison d'effets indésirables importants (risque de chute élevé, détresse respiratoire, délire, dépendance avec le développement de la tolérance) [47]. Pourtant, de nombreuses personnes âgées consomment ces substances de façon chronique et développent une dépendance. Par conséquent, les traitements utilisant ces médicaments doivent être poursuivis pour éviter les symptômes de sevrage aux conséquences graves telles que des crises d'épilepsie. De façon générale, les benzodiazépines ne devraient être administrés que pour des situations d'urgence – notamment en cas d'agressivité aiguë avec mise en danger d'autrui ou de soi-même –, comme médication prescrite au besoin. En cas de dépendance, et si l'abstinence n'est pas possible, une réduction de la posologie devrait être envisagée. En raison de leur mauvais profil d'effets secondaires, les antiépileptiques, comme la carbamazépine et le valproate, ne sont pas recommandés pour ce groupe de patientes et patients [2, 4].

## 7 Ressources complémentaires

Les références bibliographiques suivantes permettent d'approfondir les thèmes. Elles ressortent principalement de la littérature spécialisée germanophone. La littérature anglaise est référencée là où elle n'a pas de correspondance en allemand ou là où elle propose des compléments utiles.

Démarche structurée pour évaluer et traiter les SCPD :

- Algorithme BPSD-DATE (recommandé dans le cadre de la stratégie nationale en matière de démence) :
  - o Office fédéral de la santé publique, *Évaluations dans les soins de longue durée pour les personnes atteintes de démence*. Berne : Office fédéral de la santé publique, 2019. Téléchargeable sur :  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjAp-qc8ozwAhXKCuwKHU5nBclQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fdam%2Fbag%2Ffr%2Fdokumente%2Fnat-gesundheitsstrategien%2Fnationale-demenzstrategie%2Fassessment.pdf.download.pdf%2FDemenz\\_Assessments\\_FR.pdf&usq=AOvVaw2mCZvx73BOgCrCsARrGiZs](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjAp-qc8ozwAhXKCuwKHU5nBclQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fdam%2Fbag%2Ffr%2Fdokumente%2Fnat-gesundheitsstrategien%2Fnationale-demenzstrategie%2Fassessment.pdf.download.pdf%2FDemenz_Assessments_FR.pdf&usq=AOvVaw2mCZvx73BOgCrCsARrGiZs)
  - o Klöppel, S., et al., *Erkennung psychiatrischer Symptome in der stationären Langzeitpflege*. Praxis, 2020. **109**(4): p. 301–308.
- Méthode DICE :
  - o Kales, H.C., et al., *Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia*. BMJ: British Medical Journal, 2015. **350**. doi:10.1136/bmj.h369
  - o Kales, H.C., et al., Detroit Expert Panel on Assessment & Management of the Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel*. Journal of the American Geriatrics Society, 2014. **62**(4): p. 762–769. doi:10.1111/jgs.12730
- WELCOME-IdA :
  - o Buscher, I., et al., *Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz mit Hilfe des Innovativen-demenzorientierten-Assessmentsystems*, 2012. Téléchargeable sur  
[https://www.dzne.de/fileadmin/Dateien/editors/documents/Standorte/Witten/2012\\_WELCOME-IdA.pdf](https://www.dzne.de/fileadmin/Dateien/editors/documents/Standorte/Witten/2012_WELCOME-IdA.pdf)
- STI :
  - o Fischer, T., et al., *Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: Die «Serial Trial Intervention» (STI)*. Pflegezeitschrift, 2007. (7): p. 370–373.
  - o Pieper, M.J.C., et al., *Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial*. Journal of the American Geriatrics Society, 2016. **64**(2): p. 261–269. doi:10.1111/jgs.13868

Mesures non médicamenteuses et médicamenteuses en cas de SCPD :

- Savaskan, E., et al., *Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD)*. Praxis, 2014. **103**(3): p. 135–148. doi:10.1024/1661-8157/a001547
- Bartholomeyczik, S., et al., *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Witten: Bundesministerium für Gesundheit (BfG), 2006.
- *S3-Leitlinie «Demenzen»*; AWMF Register Nummer: 038/013. Langversion – Januar 2016. Téléchargeable sur <http://www.awmf.org>
- Scales, K., et al., *Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. Gerontologist, 2018. **58**(suppl\_1): p. S88–s102. doi:10.1093/geront/gnx167
- Abraha, I., et al., *Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia*. The SENATOR-OnTop series. BMJ Open, 2017. **7**(3): e012759. doi:10.1136/bmjopen-2016-012759

#### Relations avec les personnes atteintes de démence

- Alzheimer Suisse & Office fédéral de la santé publique, *La prise en soins de personnes atteintes de démence vivant dans un cadre institutionnel. Recommandations à l'attention des établissements médico-sociaux*, 2020. Téléchargeable sur <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/publications-produits/produit/recommandations-a-lintention-des-etablissements-medico-sociaux>
- Livingston, G., et al., *Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission*. The Lancet, 2020. **396**(10248): p. 413–446. doi:10.1016/S0140-6736(20)30367-6
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.), *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, 2019.

#### Gestion du délirium

- Savaskan, E., et al., *Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter*. Praxis, 2016. **105**(16): p. 941–952. doi:10.1024/1661-8157/a002433
- Arbeitsgruppe des Universitären Geriatrie-Verbundes Zürich, *Delirkonzept. Empfehlungen für die Prävention, die Diagnose, die Behandlung von Delir und die Triage von Delir mit einem interprofessionellen Ansatz*, 2019. Téléchargeable sur <https://usz-microsite.ch/geriatrieverbund/konzepte/>
- Curaviva BS et BL (2018). *Leitlinie Delir-Management in der Langzeitpflege*. Informations sur <https://extranet.curaviva-bl.ch/Fachentwicklung/Pflege/Delirmanagement/>



## 8 Bibliographie

1. Anliker, M. and G. Bartelt, *Resident Assessment Instrument in der Schweiz. Geschichte, Resultate und Erfahrungen aus der Anwendung*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2015. **48**(2): p. 114–120.
2. Preuss, U.W., et al., *Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review*. Psychiatr Pol, 2016. **50**(4): p. 679–715.
3. Moos, R.H., *Life stressors and coping resources influence health and well-being*. Evaluación Psicológica, 1988. **4**(2): p. 133–158.
4. Savaskan, E., et al., *Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD)*. Praxis, 2014. **103**(3): p. 135–148.
5. van de Ven-Vakhteeva, J., et al., *The impact of antipsychotics and neuropsychiatric symptoms on the quality of life of people with dementia living in nursing homes*. Int J Geriatr Psychiatry, 2013. **28**(5): p. 530–8.
6. Bränsvik, V., et al., *Mortality in patients with behavioural and psychological symptoms of dementia: a registry-based study*. Aging Ment Health, 2020: p. 1–9.
7. Song, J.-A. and Y. Oh, *The Association Between the Burden on Formal Caregivers and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Korean Elderly in Nursing Homes*. Archives of Psychiatric Nursing, 2015. **29**(5): p. 346–354.
8. Höwler, E., *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz*. 2008, Stuttgart: Kohlhammer.
9. Zwijsen, S.A., et al., *Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2013. **29**(4): p. 384–91.
10. Kales, H.C., et al., *Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia*. BMJ: British Medical Journal, 2015. **350**.
11. Yunusa, I., et al., *Assessment of Reported Comparative Effectiveness and Safety of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Network Meta-analysis*. JAMA Netw Open, 2019. **2**(3): p. e190828.
12. Jones, N., *Antipsychotic medications, psychological side effects and treatment engagement*. Issues Ment Health Nurs, 2012. **33**(7): p. 492–3.
13. Hsu, W.T., et al., *Antipsychotics and the Risk of Cerebrovascular Accident: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*. J Am Med Dir Assoc, 2017. **18**(8): p. 692–699.
14. Yeh, T.C., et al., *Mortality Risk of Atypical Antipsychotics for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Meta-Analysis, Meta-Regression, and Trial Sequential Analysis of Randomized Controlled Trials*. J Clin Psychopharmacol, 2019. **39**(5): p. 472–478.
15. Greenblatt, H.K. and D.J. Greenblatt, *Use of Antipsychotics for the Treatment of Behavioral Symptoms of Dementia*. J Clin Pharmacol, 2016. **56**(9): p. 1048–57.
16. Kales, H.C., et al., *Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel*. Journal of the American Geriatrics Society, 2014. **62**(4): p. 762–769.
17. Tible, O.P., et al., *Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia*. Therapeutic advances in neurological disorders, 2017. **10**(8): p. 297–309.
18. Bartholomeyczik, S., et al., *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. 2006, Witten: Bundesministerium für Gesundheit (BfG).
19. Holle, D., et al., *Die Auswirkungen der Verstehenden Diagnostik auf das Belastungserleben Pflegender im Umgang mit Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Pflege, 2011. **24**(5): p. 303–316.

20. Savaskan, E., et al., *Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter*. PRAXIS, 2016. **105**(16): p. 941–952.
21. Abengaña, J., et al., *Delirium superimposed on dementia: phenomenological differences between patients with and without behavioral and psychological symptoms of dementia in a specialized delirium unit*. Int Psychogeriatr, 2017. **29**(3): p. 485–495.
22. Cloak, N. and Y. Al Khalili, *Behavioral And Psychological Symptoms In Dementia (BPSD)*, in *StatPearls*. 2020, StatPearls Publishing: Treasure Island (FL).
23. Bundesamt für Gesundheit, *Assessments in der Langzeitpflege für Menschen mit Demenz*. 2019, Bern: Bundesamt für Gesundheit.
24. Kales, H.C., et al., *Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: an international Delphi consensus*. Int Psychogeriatr, 2018: p. 1–8.
25. Buscher, I., et al., *Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz mit Hilfe des Innovativen-demenzorientierten-Assessmentsystems*. 2012: Witten.
26. Fischer, T., et al., *Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: Die «Serial Trial Intervention» (STI)*. Pflegezeitschrift, 2007(7): p. 370–373.
27. Pieper, M.J.C., et al., *Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial*. Journal of the American Geriatrics Society, 2016. **64**(2): p. 261–269.
28. Algase, D.L., et al., *Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior*. American Journal of Alzheimer's Disease, 1996. **11**(6): p. 10–19.
29. Cummings, J.L., et al., *The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. Neurology, 1994. **44**(12): p. 2308–14.
30. DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), ed. *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. 2019, Hochschule Osnabrück: Osnabrück.
31. Kovach, C.R., et al., *Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia*. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 2006. **21**(3): p. 147–55.
32. Livingston, G., et al., *Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia*. The American Journal of Psychiatry, 2005. **162**(11): p. 1996–2021.
33. Kratz, T., *Diagnostik und Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz*. Dtsch Arztebl International, 2017. **114**(26): p. 447–54.
34. Wang, G., et al., *A systematic review of non-pharmacological interventions for BPSD in nursing home residents with dementia: from a perspective of ergonomics*. Int Psychogeriatr, 2018: p. 1–13.
35. Scales, K., et al., *Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. Gerontologist, 2018. **58**(suppl\_1): p. S88–s102.
36. de Oliveira, A.M., et al., *Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review*. Biomed Res Int, 2015. **2015**: p. 218980.
37. Livingston, G., et al., *A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia*. Health Technol Assess, 2014. **18**(39): p. 1–226, v–vi.
38. Abraha, I., et al., *Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series*. BMJ Open, 2017. **7**(3): p. e012759.
39. Ball, E.L., et al., *Aromatherapy for dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020(8).

40. Na, R., et al., *A Systematic Review and Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Moderate to Severe Dementia*. *Psychiatry Investig*, 2019. **16**(5): p. 325–335.
41. Cai, Y., et al., *The Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions on Apathy in Patients With Dementia: A Systematic Review of Systematic Reviews*. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2020.
42. Dyer, S.M., et al., *An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia*. *Int Psychogeriatr*, 2018. **30**(3): p. 295–309.
43. Forbes, D., et al., *Exercise programs for people with dementia*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013(12): p. Cd006489.
44. Reus, V.I., et al., *The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia*. *Am J Psychiatry*, 2016. **173**(5): p. 543–6.
45. Hewer, W. and C. Thomas, *[Treatment with psychotropic agents in patients with dementia and delirium: Gap between guideline recommendations and treatment practice]*. *Z Gerontol Geriatr*, 2017. **50**(2): p. 106–114.
46. Bessey, L.J. and A. Walaszek, *Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. *Curr Psychiatry Rep*, 2019. **21**(8): p. 66.
47. Savaskan, E., *Behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD): Was tun?* *Therapeutische Umschau*, 2015. **72**(4): p. 255–260.
48. Ralph, S.J. and A.J. Espinet, *Increased All-Cause Mortality by Antipsychotic Drugs: Updated Review and Meta-Analysis in Dementia and General Mental Health Care*. *Journal of Alzheimer's disease reports*, 2018. **2**(1): p. 1–26.
49. Maust, D.T., et al., *Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm*. *JAMA Psychiatry*, 2015. **72**(5): p. 438–45.
50. Van Leeuwen, E., et al., *Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018. **3**: p. Cd007726.

### **Éditeur**

CURAVIVA Suisse – Domaine spécialisé personnes âgées  
Zieglerstrasse 53 – Case postale 1003 – 3000 Berne 14

### **Autrices et auteurs**

PD Dr. med. Albert Wettstein, Dr. med. Max Giger  
Autorité indépendante de plainte en matière de vieillesse, Zurich

Dr. Franziska Zúñiga  
Sciences infirmières, Département de la santé publique, Faculté de médecine, Université de Bâle

Avec la collaboration de :

Dr. med. Gabriela Bieri, Geriatriker Dienst Zurich  
PD Dr. med. Thomas Münzer, Geriatriche Klinik St-Gall  
Prof. Dr. med. Egemen Savaskan, Klinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zurich  
Ansgar Schürenberg, Zentrum Passwang, Breitenbach  
Silvia Silva Lima, Pflegezentrum Käferberg, Zurich  
Isabelle Weibel et Anna Konrad, Pflegezentrum Embrach  
Esther Leu, Stiftung Hofmatt, Münchenstein  
Ruth Wicki, Alterswohnenzentrum Ruswil

### **Règle de citation**

CURAVIVA Suisse (2021; Éd.). Guide : « Évaluation et traitement des symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démence ». En ligne : [curaviva.ch](http://curaviva.ch).

### **Renseignements / informations**

Anna Jörger, collaboratrice scientifique, Domaine spécialisé personnes âgées,  
e-mail : [a.joerger@curaviva.ch](mailto:a.joerger@curaviva.ch)

© CURAVIVA Suisse, 2021