

Les années difficiles à domicile...

par Francine Vézina,
Guy Frenette
et Céline Lefebvre

Le temps a passé, vous continuez à voir M. Légaré une fois par mois. Vous sentez bien que la situation se dégrade. Sa fille vous appelle de temps en temps pour vous faire part de ses inquiétudes à propos de ses parents. Elle croit que son père erre souvent la nuit, et que sa mère essaie de camoufler la situation. Elle trouve des sous-vêtements souillés d'urine et de selles, mais sa mère nie tout problème d'incontinence. À l'occasion d'un souper de famille il y a quelques jours, son père a fait des avances à une nièce, ce qui a bouleversé sa mère...

Les troubles du comportement : approche non pharmacologique

Une personne dont les fonctions cognitives sont atteintes n'utilise pas les mécanismes habituels pour communiquer. Il peut lui arriver d'exprimer ses besoins, ses émotions ou un malaise physique par des comportements perturbateurs. Ces troubles du comportement peuvent cacher une cause qui, au premier abord, n'est pas évidente pour l'entourage. Il faut donc intervenir sur cette cause, et pas seulement sur le comportement lui-même.

Lorsqu'une personne atteinte de déficits cognitifs a un comportement perturbateur, il s'avère important dans un premier temps d'exclure une cause physique, métabolique, psychiatrique ou pharmacologique. Ainsi, un malaise physique (la douleur, la soif, la faim, avoir chaud ou froid, la constipation, la rétention urinaire, être mouillé, etc.) peut

La D^e Francine Vézina, omnipraticienne, et M^{me} Céline Lefebvre, ergothérapeute, exercent au département de gériatrie du CHUQ-CHUL, service de gériatrie ambulatoire, à Québec. Le D^r Guy Frenette, omnipraticien, est chef du service de gériatrie ambulatoire du même hôpital.

amener le patient à être agité. Le trouble de comportement peut également être la manifestation d'un trouble de l'humeur. Il importe donc de rester à l'affût d'un état dépressif possible, et ce, même si le patient est à un stade avancé de démence. Parfois, seul l'essai d'un antidépresseur permet de confirmer ou d'infirmer notre impression clinique.

D'autres problèmes tels que l'anxiété, l'insécurité, des activités non adaptées aux capacités de la personne, des déficits sensoriels ou un problème de communication peuvent également être à l'origine d'un comportement perturbateur. De même, l'environnement dans lequel évolue le patient doit aussi faire l'objet d'une évaluation. La dimension de la pièce, l'éclairage, la température ambiante, un milieu non familial, la présence de bruit ou de plusieurs personnes, les contentions sont autant d'éléments qui pourront provoquer chez le patient une réaction inappropriée.

En présence de troubles du comportement, il est suggéré d'utiliser une grille d'observation (figure 1) durant en moyenne deux ou trois jours. Cela permettra de mieux objectiver les comportements perturbateurs et les facteurs déclenchants. Les mesures prises à ce moment et les résultats obtenus permettront aux aidants et au médecin traitant d'adapter leurs interventions.

Lorsqu'une personne atteinte de déficits cognitifs a un comportement perturbateur, il s'avère important dans un premier temps d'exclure une cause physique, métabolique, psychiatrique ou pharmacologique. Le trouble de comportement peut également être la manifestation d'un trouble de l'humeur.

FIGURE 1

Grille d'observation des troubles du comportement

Date et heure	Description du comportement perturbateur	Caractéristiques de l'environnement	Facteurs déclenchants	Interventions	Résultats obtenus

T A B L E A U I

Types d'agitation

Type d'agitation	Exemples
Verbale, avec ou sans agressivité	Parler fort Demande constante d'attention Propos répétitifs Accès de colère/cris Injures Menaces/accusations
Motrice, avec ou sans agressivité	Circuler sans but précis/errance Faire des mouvements répétitifs Bousculer ou frapper les gens Lancer des objets Mordre, cracher, griffer

Avant de prescrire un médicament pour contrôler les troubles du comportement, il convient de tenter une approche non pharmacologique. Voici donc quelques conseils qui pourront être donnés aux aidants naturels et au personnel soignant en fonction du trouble de comportement.

Agitation

L'agitation peut se manifester par une activité verbale ou motrice inappropriée pouvant résulter, comme nous l'avons mentionné précédemment, d'un malaise (physique, psychique), d'un problème environnemental, ou encore n'avoir aucune cause précise. Ses différentes manifestations sont présentées au *tableau I*.

Conseils en cas d'agitation :

- Éviter de se mettre en colère, rester calme.

- Parler d'une voix douce, consoler, rassurer.
- Respecter une routine quotidienne, la personne sera alors moins désorientée.
- Modifier l'environnement de manière à lui permettre de circuler librement.
- Réduire le plus possible les stimuli environnementaux susceptibles de la perturber.
- La distraire par une activité agréable (sortie, goûter, regarder des photos, musique douce, massage, zoothérapie).
- Encourager la pratique régulière d'exercices simples pour favoriser une saine dépense d'énergie.
- Apaiser avec des caresses si celles-ci sont acceptées. Démontrer de l'affection.
- Éviter de l'affronter ou de tenter de la raisonner. Faire appel à la logique ne servira à rien.
- Éviter toute forme de contrainte physique, car elle pourrait augmenter l'agressivité.
- Enlever les objets dangereux (ciseaux, couteaux, etc.).
- Retirer les miroirs lorsque la personne ne se reconnaît plus et que cela engendre un comportement agressif.
- Quitter la pièce et revenir lorsque le calme sera revenu.
- Éviter de reparler de la crise qui vient de se produire, car l'événement sera déjà oublié.

La personne atteinte de déficits cognitifs peut devenir agitée en fin de journée ; c'est ce que nous appelons « le syndrome crépusculaire ». Avec l'arrivée de la noirceur, il serait indiqué de garder la pièce où se trouve le patient suffisamment éclairée pour éviter la sous-stimulation. Comme la fatigue peut également être à l'origine de l'agitation, il serait souhaitable de planifier les activités nécessitant un effort ou une concentration plus soutenue à un autre moment de la journée. L'attitude rassurante de l'aidant naturel saura donner un sentiment de sécurité au patient.

Insomnie/errance nocturne

Il arrive que le patient présentant des atteintes cognitives se lève la nuit et circule dans la résidence. En l'absence de causes médicales, l'insomnie peut être occasionnée par un cycle éveil-sommeil perturbé, ou encore, par la désorientation temporelle.

Conseils en cas d'insomnie ou d'errance :

- Éviter en soirée le thé, le café, le chocolat, l'alcool.
- Éviter que la personne dorme le jour (écourter les siestes) en la tenant occupée.
- Éviter qu'elle se couche tôt.
- Essayer d'éliminer les sources possibles de malaise durant la nuit (la faim, avoir chaud ou froid, être mouillé).
- L'encourager à faire de l'exercice durant le jour pour lui permettre de dépenser son énergie. Éviter les activités « stimulantes » en soirée.
- Établir une routine en soirée (collation, heure du coucher).
- Laisser une veilleuse allumée pour lui permettre de bien s'orienter la nuit si elle décide d'aller à la salle de bain.
- La laisser dormir dans un fauteuil ou sur un divan si elle refuse de se coucher dans son lit.

Fugues

Les fugues ne sont pas nécessairement associées au processus de démence. Toutefois, lorsqu'elles surviennent, il importe d'en rechercher la raison. La personne peut être désorientée dans le temps et croire qu'elle doit aller travailler. Elle peut être désorientée dans l'espace, ne pas reconnaître sa demeure et vouloir « retourner chez elle ». Il est possible également qu'elle s'ennuie, qu'elle essaie de retrouver un proche ou encore qu'elle cherche à fuir une situation stressante. Elle peut finalement ressentir simplement le besoin de bouger.

Conseils en cas de fugues :

- L'inciter à faire de l'exercice pour lui faire dépenser le surplus d'énergie (aller marcher à l'extérieur, faire des tâches ménagères, par exemple).
- La distraire en lui faisant accomplir diverses tâches ou activités adaptées à ses capacités.
- Maintenir un environnement calme et une routine dans les activités quotidiennes.
- Mettre les vêtements (manteau, chapeau, bottes) hors de sa vue.
- S'assurer qu'elle porte un bracelet d'identité (qu'on peut se procurer à la Société Alzheimer ou dans certaines bijouteries). Les vêtements peuvent aussi être identifiés.

- Avertir les voisins de son état.
 - Garder une photographie récente d'elle.
 - Masquer, camoufler les portes à l'aide de tableaux, de rideaux. On peut également peindre les murs et les portes de la même couleur.
 - Faire installer une poignée de porte différente de l'ancienne, de manière à compliquer son utilisation.
 - S'assurer que les serrures permettent d'accéder rapidement à l'extérieur en cas d'urgence.
 - Installer une clochette ou un annonciateur à la porte (qu'on peut se procurer chez un serrurier).
- Lorsqu'une personne ne reconnaît plus son domicile et désire s'en aller, il est suggéré :
- de lui montrer des objets qui lui sont familiers ;
 - d'essayer de la rassurer ;
 - d'essayer de lui changer les idées en lui faisant faire une activité ;
 - de sortir avec elle et de faire une promenade ; au retour, elle aura peut-être oublié son désir de partir.

Méfiance

En raison des pertes de mémoire et de l'altération du jugement, il peut arriver qu'une personne ayant des atteintes cognitives croie qu'elle s'est fait voler après avoir tout simplement égaré un objet. Ces éléments de méfiance peuvent devenir une source de conflits avec les proches.

Conseils en cas de méfiance :

- Éviter de l'affronter ou de la raisonner.
- Admettre que l'objet a disparu sans toutefois prendre position sur la perception qu'elle peut avoir des circonstances entourant sa perte.
- L'aider à retrouver l'objet. Elle se sentira comprise et rassurée.
- Conserver, si possible, un double des objets fréquemment égarés.
- Garder la résidence bien rangée.
- Vérifier les ordures au cas où des objets auraient été jetés par inadvertance.
- Remplacer les billets de 10 et de 20 \$ par des billets de 5 \$. La personne pourra avoir l'impression de posséder un montant d'argent important.

Hallucinations/illusions

Conseils en cas d'hallucinations ou d'illusions :

- S'assurer qu'elle ne souffre pas de problèmes auditifs et

(ou) visuels.

- Veiller à ce que l'éclairage soit adéquat.
- Enlever l'objet qui peut provoquer l'illusion.
- Ne pas nier ce que la personne voit, mais éviter de lui laisser croire qu'on le voit aussi (par exemple : je crois que vous voyez les gens dans le salon et que cela vous fait peur, mais moi, je ne les vois pas).
- La reconforter.
- Éviter de la contredire ou d'argumenter, elle pourrait réagir avec agressivité.
- Essayer de la distraire ou d'attirer son attention sur un autre sujet.

Perte d'inhibition

Avec la progression de la maladie, la personne peut oublier les convenances ou les exigences sociales. Il peut arriver, par exemple, qu'elle tienne des propos inappropriés, ou encore, qu'elle se déshabille, se masturbe en public.

Conseils en cas de perte d'inhibition :

- Essayer de comprendre la cause du comportement. Par exemple, la personne peut se déshabiller parce qu'elle a chaud, est mouillée, a envie d'uriner ou désire se coucher.
- Adapter les vêtements pour qu'elle soit plus à l'aise.
- Éviter de dramatiser et essayer de la distraire.
- L'amener dans sa chambre et lui laisser son intimité.
- Vérifier les organes génitaux pour s'assurer qu'il n'y a pas de lésions pouvant entraîner des démangeaisons.
- L'accompagner lorsqu'elle va dans les toilettes publiques. Il arrive qu'elle fasse preuve de persévérance en baissant son vêtement et se déshabille complètement.

Comprendre la signification d'un comportement demeure la meilleure façon d'en arriver à des interventions adaptées aux besoins de la personne atteinte de déficits cognitifs.

Traitement pharmacologique des comportements perturbateurs

La prise en charge efficace des troubles du comportement est un facteur déterminant du maintien à domicile. En dépit d'une recherche minutieuse des causes sous-jacentes et du recours à la meilleure approche non pharmacologique possible, il se peut que l'emploi d'un médicament s'impose à un moment ou l'autre dans l'évolution de la démence.

Le traitement pharmacologique a pour but de maintenir un fonctionnement adéquat en atténuant les comportements

difficiles à maîtriser. Un bon contrôle du comportement perturbateur préviendra de plus les risques de complications secondaires (risque de chutes ou de blessures, d'épuisement de l'aidant, etc.). Il faut cependant se rappeler que si l'emploi d'un médicament peut parfois faire disparaître complètement le trouble du comportement, le plus souvent, il en diminue l'intensité ou la fréquence.

Des symptômes psychotiques francs sont à l'origine des troubles du comportement chez 50 % des patients atteints de démence¹. Les neuroleptiques sont certes indiqués pour traiter des symptômes tels le délire paranoïde, l'agressivité, les hallucinations, etc. Toutefois, les antipsychotiques remédieront peu à certains problèmes comme les comportements ou les cris répétitifs. Il est donc important de connaître et de considérer les autres classes de médicaments potentiellement efficaces contre les différents troubles du comportement (*tableau II*).

Le choix du médicament sera conditionné par l'urgence d'agir : un antipsychotique agira rapidement dans un cas d'urgence (agitation motrice, par exemple), alors qu'un thymorégulateur pourra prendre jusqu'à quatre semaines avant de devenir pleinement efficace dans un cas d'agitation.

Tout en vérifiant l'efficacité du traitement, il faut surveiller attentivement l'apparition d'effets secondaires : sédation excessive, exacerbation de l'atteinte cognitive, hypotension orthostatique symptomatique, parkinsonisme, chutes. Il faut tenir compte également, dans le choix d'un médicament, des risques d'interactions médicamenteuses. Il est aussi indiqué de passer en revue le traitement médicamenteux complet de chaque patient ayant un comportement perturbateur afin d'exclure les causes iatrogéniques :

- *L'antidépresseur prescrit au début de la démence est-il toujours indiqué ?* Un antidépresseur stimulant administré à un patient ayant des déficits cognitifs graves peut « alimenter » l'irritabilité.
- *Le traitement du glaucome peut-il accentuer les déficits cognitifs ou les hallucinations visuelles ?* À surveiller : les β -bloquants et les inhibiteurs des prostaglandines en gouttes ophtalmiques.
- *Un médicament anticholinergique peut-il augmenter la désorganisation ou les déficits cognitifs (antihistaminique, antispasmodique urinaire, antiparkinsonien comme le Cogentin[®], etc.) ?*
- *Un traitement antihypertenseur trop énergétique peut-il être à l'origine d'une hypoperfusion cérébrale ?*
- *Les analgésiques peuvent-ils provoquer un delirium ou accentuer les déficits cognitifs ?* On se souvient que le débit san-

T A B L E A U II

Traitement pharmacologique des comportements perturbateurs dans la démence

Classe thérapeutique	Principales indications	Médicament	Posologie journalière	Effets secondaires	Remarques
Antipsychotiques classiques ou typiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Trouble délirant ● Agitation (urgence d'agir) ● Hallucinations 	Halopéridol (Haldol ^{MD})	<ul style="list-style-type: none"> ● En urgence, 0,5 à 1 mg <i>per os</i> ou i.m. toutes les heures (maximum 3 mg <i>die</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Parkinsonisme ● Chutes ● Dyskinésie tardive ● Akathisie 	<ul style="list-style-type: none"> ● Utile et fiable à court terme ● Solution liquide par voie orale ou intramusculaire, pratique en urgence
Antipsychotiques atypiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Trouble délirant ● Agitation ● Hallucinations 	Rispéridone (Rispedal [®])	<ul style="list-style-type: none"> ● 0,5 à 2,0 mg ● Dose de départ : 0,25 mg 1 ou 2 fois par jour ● Augmenter graduellement les doses de 0,25 à 0,5 mg tous les 5 jours. ● Fréquence d'administration : 1 à 2 fois par jour 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hypotension orthostatique ● Parkinsonisme ● Sédation ● Administrer la dose quotidienne en 2 prises durant la période d'ajustement pour éviter les effets secondaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Premier choix chez un patient délirant ou halluciné ● Continuer à l'administrer 2 fois par jour aux patients qui risquent d'avoir des effets secondaires ; sinon, on peut l'administrer une fois par jour, au coucher de préférence.
		Olanzapine (Zyprexa [®])	<ul style="list-style-type: none"> ● 2,5 à 10 mg ● Dose de départ : 2,5 mg par jour ● Augmenter de 1,25 à 2,5 mg tous les 5 à 7 jours. ● Fréquence d'administration : 1 fois par jour ou 2 fois s'il y a des effets secondaires 	<ul style="list-style-type: none"> ● Anticholinergique si > 5 mg/jour ? ● Sédation ● Hypotension orthostatique 	
		Quétiapine (Seroquel [®])	<ul style="list-style-type: none"> ● 25 à 150 mg ● Dose de départ : 12,5 mg 1 ou 2 fois par jour ● Augmenter de 12,5 à 25 mg tous les 5 jours. ● Fréquence d'administration : 2 fois par jour 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sédation ● Hypotension orthostatique 	<ul style="list-style-type: none"> ● Le moins « parkinsonisant » des antipsychotiques atypiques
		Clozapine (Clozaril [®])	<ul style="list-style-type: none"> ● Médicament à usage restreint pour les patients âgés ayant des déficits cognitifs 		

guin hépatique diminue d'environ 40 à 50 % chez les personnes âgées. C'est pourquoi il faut ajuster la posologie des médicaments fortement métabolisés lors du premier passage hépatique². Par exemple, 15 mg de codéine administrés à une personne âgée pourraient correspondre à une posologie deux fois plus importante (30 mg), d'où l'importance de réduire les doses de ces médicaments. Outre les analgésiques narcotiques, les médicaments ayant un fort coefficient d'extraction lors du premier passage hépatique sont les anti-arythmiques, les antidépresseurs tricycliques, les neuroleptiques, les nitrates et les β-bloquants, notamment le propranolol.

Les antipsychotiques

Les antipsychotiques « typiques » ou traditionnels comme l'halopéridol (Haldol^{MD}) sont utiles pour maîtriser à court terme une situation difficile. Ils sont peu onéreux et peuvent être administrés par voie orale (comprimés ou solution) ou intramusculaire. Cependant, ils ne constituent plus un premier choix si un traitement prolongé avec un antipsychotique s'avère nécessaire : les inconvénients causés par les effets secondaires, parfois permanents, en font un traitement recommandé seulement à court terme. En plus de l'atteinte cognitive et du parkinsonisme, ces médicaments

Formation continue

T A B L E A U II (SUITE)

Classe thérapeutique	Principales indications	Médicament	Posologie journalière	Effets secondaires	Remarques
Benzodiazépines	<ul style="list-style-type: none"> ● Anxiété situationnelle ● Agitation ● Syndrome crépusculaire 	Oxazépam (Apo®-Oxazepam)	● 10 à 30 mg	<ul style="list-style-type: none"> ● Tolérance en emploi soutenu ● Sédation ● Risque de chutes ● Accentuation des déficits cognitifs ● Effet paradoxal : augmentation de l'agitation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Prise à court terme ou de façon sporadique (ex. : avant le bain) ● Privilégier une benzodiazépine à courte durée d'action pour un usage intermittent (oxazépam, lorazépam).
		Lorazépam (Ativan®)	● 0,5 à 2,0 mg		
		Clonazépam (Rivotril®)	● 0,5 à 2,0 mg		
Antidépresseurs	<ul style="list-style-type: none"> ● Agitation ● Dépression ● Labilité émotionnelle 	Trazodone (Desyrel®)	● 25 à 100 mg	<ul style="list-style-type: none"> ● Sédation ● Hypotension orthostatique ● Priapisme 	<ul style="list-style-type: none"> ● Utile comme hypnotique au coucher ● Bien toléré
		Tous les ISRS	Voir le <i>tableau III</i> de l'article précédent, intitulé « Mon patient est atteint de démence, mais jusqu'à maintenant, cela ne va pas si mal... »		
Thymorégulateurs	<ul style="list-style-type: none"> ● Agitation avec troubles affectifs ● Comportements ou cris répétitifs (?) 	Acide valproïque (Epival®)	● 500 à 1500 mg (débuter à 125 mg b.i.d.)	<ul style="list-style-type: none"> ● Sédation ● Surveiller la formule sanguine, la fonction hépatique et l'ionogramme 	<ul style="list-style-type: none"> ● Solution de rechange aux antipsychotiques en l'absence de troubles délirants ou d'hallucinations ● Délai d'action de 2 à 4 semaines
		Carbamazépine (Tegretol®)	● 200 à 800 mg (débuter à 100 mg b.i.d.)		
Inhibiteurs de la cholinestérase	<ul style="list-style-type: none"> ● Apathie, retrait ● Anxiété ● Agitation ● Hallucinations (DCL)* 	Donépézil (Aricept ^{MC})		<ul style="list-style-type: none"> ● Troubles digestifs 	<ul style="list-style-type: none"> ● Il est difficile de prédire quel patient répondra. ● Délai d'action d'environ 6 à 8 semaines
		Rivastigmine (Exelon ^{MC})			
		Galantamine (Reminyl ^{MC})			

* DCL : démence à corps de Lewy.

68

peuvent causer de l'akathisie chez une personne âgée, ou encore une dyskinésie tardive parfois après seulement quelques semaines d'utilisation³.

Les antipsychotiques « atypiques » sont devenus le premier choix, malgré leur coût, pour un contrôle soutenu des

troubles du comportement sur fond psychotique : trouble délirant paranoïde, agitation motrice, hallucinations. Aux doses recommandées en gériatrie, ces médicaments sont généralement efficaces et fiables. À ce jour, ils ne peuvent être pris que par voie orale : l'olanzapine (Zyprexa®) est ce-

N'oublions pas que la démence est une maladie évolutive et que le traitement psychotrope devra être réévalué. Trop de patients se voient prescrire un antipsychotique « à vie ». La règle demeure toujours : tout antipsychotique doit être donné le moins longtemps possible et à la dose la plus faible possible.

R E P È R E

pendant offerte en comprimés oraux à dissolution instantanée, alors que la rispéridone (Risperdal®) est offerte en comprimés ou en solution orale.

Chaque antipsychotique a ses caractéristiques propres, selon son affinité pour l'un ou l'autre des récepteurs. Citons à titre d'exemple l'halopéridol, qui se lie principalement aux récepteurs D₂ (dopamine), avec les effets secondaires connus, soit les réactions extrapyramidales (REP). Par comparaison, dans la classe des antipsychotiques atypiques, la rispéridone et l'olanzapine ont plus d'affinité pour les récepteurs de la sérotonine, et la quétiapine (Seroquel®) pour les récepteurs histaminiques, quoique tous les antipsychotiques atypiques se lient plus ou moins aux récepteurs de la dopamine également.

Quel que soit l'antipsychotique, il s'avère important de respecter certaines règles favorisant un emploi efficace et sécuritaire. Le vieil adage qui recommande de commencer avec de faibles doses et d'augmenter lentement (*start low, go slow*) prend toute son importance en gériatrie. Aussi, avant d'augmenter trop rapidement la dose de neuroleptique, il faut laisser au médicament le temps d'agir (*tableau II*)⁴.

N'oublions pas que la démence est une maladie évolutive et que le traitement psychotrope devra être réévalué. Trop de patients se voient prescrire un antipsychotique « à vie ». La règle demeure toujours : tout antipsychotique doit être donné le moins longtemps possible et à la dose la plus faible possible.

Les autres médicaments à considérer

Le *tableau II* résume également les avenues thérapeutiques reconnues comme potentiellement utiles pour le contrôle

des comportements perturbateurs⁵⁻⁷.

Les benzodiazépines à courte durée d'action sont indiquées pour un problème d'anxiété situationnelle : non-collaboration aux soins de base, changement de la sonde vésicale, syndrome crépusculaire. En emploi régulier, le clonazépam (Rivotril®), qui a une longue demi-vie, peut présenter éga-

lement un intérêt contre l'agitation et l'anxiété.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, un comportement perturbateur peut être la manifestation d'un état dépressif. Aussi le recours à un antidépresseur pourra-t-il s'avérer bénéfique. Le sujet de la classe des antidépresseurs a été abordé dans

l'article précédent, intitulé « Mon patient est atteint de démence, mais jusqu'à maintenant, cela ne va pas si mal... » Précisons que l'antidépresseur trazodone (Desyrel®) peut être utilisé comme hypnotique dans les cas d'insomnie (pas de tolérance ni d'anxiété rebond comme avec les benzodiazépines), mais qu'il peut causer de l'hypotension orthostatique.

Les thymorégulateurs (carbamazépine [Tegretol®], acide valproïque [Epival®]) peuvent être prescrits dans les cas d'agitation psychomotrice sans signes de traits psychotiques sous-jacents. L'acide valproïque semble mieux toléré que la carbamazépine, et des études sont en cours sur la gabapentine (Neurontin^{MC}). Selon notre expérience, cette classe de médicaments peut parfois aider à contrôler les comportements ou les cris répétitifs, problèmes souvent difficiles à maîtriser.

Enfin, les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil [Aricept^{MC}], galantamine [Reminyl^{MC}], rivastigmine [Exelon^{MC}]) semblent jouer un rôle intéressant dans la thérapie des comportements perturbateurs. Une prise régulière depuis le début de la maladie pourrait avoir un effet positif dans la prévention des troubles du comportement. Des études^{3,7} ont également montré que les inhibiteurs de la cholinestérase peuvent aider à contrôler les comportements perturbateurs dans les cas de démence dégénérative de type Alzheimer de stade modéré à avancé et dans les démences à corps de Lewy. Il est encore difficile cependant de prédire quel patient répondra positivement à ce médicament.

L'APPARITION DE TROUBLES du comportement chez un patient présentant une atteinte cognitive peut être difficile à vivre pour les aidants naturels. Le médecin traitant sera donc appelé à jouer un rôle important dans le soutien à offrir aux proches. La transmission d'informations quant aux attitudes à adopter face à un comportement perturbateur pourra rassurer l'aidant et contribuer à maintenir à domicile la personne ayant des déficits cognitifs. De plus, une bonne connaissance des médicaments pourra, si la situation l'exige, aider à diminuer ou à contrôler les troubles du comportement avec le moins d'effets indésirables possible. ☞

Date de réception : 15 octobre 2001.

Date d'acceptation : 17 janvier 2002.

Mots clés : démence, trouble du comportement, aidants naturels, *counselling*.

S U M M A R Y

The difficult years at home... Patients suffering from dementia are at risk of developing some behavior problems during the evolution of the disease. Therefore, it seems important to rule out, from the outset, all physical, psychiatric, metabolic or pharmacological causes in every cognitively impaired patient with disruptive behavior. Before using any medication to treat the patient, it is advisable to attempt a non pharmacological approach. This article offers some advice to the benefit of the caregivers faced with their close ones' behavioral problems. In spite of the best non pharmacological approach, medication can be necessary in order to control and monitor the disruptive behavior. It is imperative to have a thorough knowledge of the psychotropic medications, their impact and possible side effects.

Key words: dementia, behavioral problem, caregivers, counselling.

Bibliographie

1. Webster J, Gorssberg GT. Late-life onset of psychotic symptoms. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998 ; 6 (3) : 196.
2. Sloan RW. *Practical Geriatric Therapeutics*. Medical Economics Book, 1986 : 335 pages.
3. Hermann N. Recommendations for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Can J Neurol Sci* ; février 2001 ; 28 (Suppl 1) : 96-107.
4. Niquet JG, et al. *Prise de position préliminaire sur l'utilisation de la rispéridone, de l'olanzapine et la quétiapine dans le traitement des troubles du comportement chez la personne âgée ayant des déficits cognitifs*. Réseau de revue d'utilisation des médicaments (RRUM), 1999 : 49 pages.
5. Samson E. Behavioral problems in the elderly. *Can J CME* juillet 2001 : 49-61.
6. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Subbiah P, Whalen E. A 24-week, randomized double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology* 2001 ; 57 : 613-20.
7. McKeith I, et al. Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study. *Lancet* 2000 ; 356 : 2031-6.
8. Éthier S. *L'ABC de la maladie d'Alzheimer*. Montréal : Éditions du Méridien, 1996 : 250 pages.
9. Pelletier D. *La boîte à outil*. Centre de recherche sur les services communautaires, école de psychologie, Université Laval, 1995 : 31 pages.
10. McCann-Béranger J. *Guide de l'aidante d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence*. Société Alzheimer, 2000 : 69 pages.
11. Lefebvre C, Pouliot S. *La démence au quotidien, informations et conseils aux proches*. Service d'ergothérapie du CHUQ (CHUL) : 22 pages.
12. Richelson E. Preclinical pharmacology of neuroleptics: focus on new components. *J Clin Psychiatry* 1996 ; 57 (Suppl 11) : 4-11.