

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LES INTERVENTIONS À PRÉCONISER POUR LES COMPORTEMENTS ET LES
SYMPTÔMES DE NATURE DÉSINHIBÉE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES AYANT
UN TROUBLE NEUROCOGNITIF EN HÉBERGEMENT**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA**

MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION

**PAR
ALEXANDRA FERRON**

FÉVRIER 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Charles Viau-Quesnel

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Charles Viau-Quesnel

Prénom et nom

Directeur de recherche

Yves Lachapelle

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Les comportements comme l'agressivité, l'agitation, les comportements sexuels inappropriés et l'errance intrusive sont fréquents chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs et peuvent entraîner des conséquences significatives chez ces individus et leur entourage. Des interventions pharmacologiques sont souvent déployées notamment, car elles sont simples à implanter pour l'équipe soignante, mais ces interventions ne sont pas sans risque. L'essai vise donc à recenser et à analyser les interventions non pharmacologiques qui existent pour gérer efficacement les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence de nature désinhibée chez les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs. À travers une recension des écrits, la recherche identifie divers facteurs contribuant à l'apparition des symptômes neuropsychiatriques et elle examine les interventions qui permettent de prévenir ou de réduire ces symptômes. Les études sélectionnées décrivent des interventions comme (a) la gestion de la douleur, (b) le traitement de la comorbidité avec la dépression, (c) des approches psychologiques et comportementales, (d) des adaptations environnementales ou encore (e) l'ajustement nutritionnel. Des considérations éthiques dans la gestion des comportements désinhibés, telle que le respect de la dignité des patients tout en assurant leur sécurité, sont également abordées. Ce travail souligne l'importance d'une approche multidimensionnelle adaptée aux besoins et aux facteurs individuels de chacun et la nécessité de poursuivre les recherches dans ce domaine afin d'améliorer la prise en charge de ces usagers en milieu de soins dans le but d'améliorer leur qualité de vie et de diminuer la charge et le stress de leurs soignants.

Table des matières

Résumé	iii
Remerciements	v
Introduction	1
Cadre conceptuel	3
Les troubles cognitifs et neurocognitifs	3
Les principales formes de TNC	3
Les comportements désinhibés	5
Les enjeux éthiques	6
Objectif de l'étude	7
Question de recherche	7
Méthode	8
Recherche documentaire	8
Critères de sélection	8
Figure 1	9
Résultats	11
Intervention sur les causes sous-jacentes	12
Interventions alimentaires	14
Interventions de structuration quotidienne et adaptation de l'environnement	16
Interventions innovantes	18
Interventions de formation et de soutien	19
Discussion	21
Quelles sont les interventions non pharmacologiques les plus efficaces dans la réduction des SCPD de nature désinhibée chez les personnes âgées présentant un trouble neurocognitif ?	22
Limitations méthodologiques	24
Conclusion	28
Références	29
Appendice A	32
Appendice B	36

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers les personnes qui m'ont soutenue tout au long de la réalisation de cet essai.

En premier lieu, je remercie chaleureusement mon directeur d'essai et professeur à l'université, M. Charles Viau-Quesnel. C'est dans le cours « Troubles cognitifs » que s'est concrétisé mon désir d'apprendre sur ce sujet et d'en faire mon métier. Je le remercie pour ses conseils avisés, sa disponibilité et son accompagnement tout au long de ce processus rigoureux. Votre expertise et vos encouragements ont été essentiels à la réalisation de ce travail.

Je souhaite également remercier ma gestionnaire, Mme Isabelle Bédard, pour son soutien et sa flexibilité me permettant de concilier mes études et mes responsabilités professionnelles. Votre compréhension, votre ouverture et votre confiance m'ont permis de déployer mes apprentissages et mes connaissances dans mon milieu de travail, facilitant ainsi grandement mon parcours.

Un merci particulier à Mme Martine Fontaine, T.S et coordonnatrice SCPD, dont l'écoute, les échanges constructifs, l'entraide et l'immense support ont été d'un précieux soutien dans mon parcours tant professionnel qu'universitaire.

Enfin, je tiens à remercier grandement ma famille, ma mère, mon père, ma sœur, mes grands-parents et mon amoureux pour leur présence, leur patience, leurs encouragements, leur support constant, et ce, depuis le tout début. Ils ont cru en moi et en mes capacités. Cette confiance a été un vecteur inestimable de motivation tout au long de mon parcours universitaire. Merci, vous êtes une source de force et d'inspiration dans ma vie.

Introduction

Les symptômes neuropsychiatriques (SNP) ou comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) observés chez les patients atteints de troubles neurocognitifs graves (i.e. démences) sont complexes et souvent traités de manière inefficace (Fraker et al., 2014). Ces symptômes incluent par exemple (a) l'anxiété, (b) la dépression, (c) l'apathie, (d) l'agitation, (e) l'agressivité, (f) la désinhibition, (g) les hallucinations, (h) les délires, (i) l'errance, (j) les demandes et les cris incessants ainsi que (k) les comportements nocturnes (Backhouse et al., 2018; Fraker et al., 2014; Palm et al., 2018). Ils peuvent toucher les patients atteints d'un trouble neurocognitif, quel que soit l'étiologie ou le stade de la maladie (Fraker et al., 2014). Ces manifestations cliniques sont associées à l'augmentation du taux de morbidité et de mortalité, à l'augmentation de l'utilisation et du coût des soins de santé, à l'augmentation des placements précoce en maison de retraite ainsi qu'à l'augmentation du stress chez les aidants (Fraker et al., 2014). Les symptômes des troubles neurocognitifs constituent une problématique clinique majeure, touchant près de 70 % des résidents dans une étude menée en maisons de retraite allemandes (Palm et al., 2018). Les SCPD de nature désinhibée comme (a) la désinhibition comportementale, (b) l'apathie ou l'inertie, (c) la perte des capacités de sympathie ou d'empathie à l'égard d'autrui, (d) les comportements persévérand, stéréotypés ou compulsifs/ritualisés, (e) l'hyperoralité et (f) les modifications des comportements alimentaires (American Psychiatric Association, 2016) peuvent également représenter un fardeau important pour les équipes de soins, les proches aidants et pour la personne elle-même. Cela implique des soins complexes, de la mobilisation de personnel, de la formation, de l'équipement et des mesures de sécurité supplémentaires (Backhouse et al., 2018; Cook et al., 2022). De plus, des enjeux éthiques entrent en ligne de compte dans la façon dont la famille et le personnel de soins réagissent et répondent à ces comportements importuns (Cook et al., 2022). La gestion des risques associés fait alors apparaître un conflit entre le respect des droits humains et le maintien de la sécurité (Backhouse et al., 2018). Les symptômes indésirables, nommés précédemment, sont principalement liés aux troubles neurocognitifs. En revanche, ils peuvent être expliqués par une cause sous-jacente comme la douleur, la dépression ou un stress traumatique (Cations et al., 2024; Habiger et al., 2016; Prado-Jean et al., 2010). Sachant que les traitements pharmacologiques comme l'utilisation

de médicaments psychotropes présentent des risques importants (Abosi et al., 2018) et ne sont pas toujours efficaces en ce qui concerne certains symptômes graves ou perturbants (Fraker et al., 2014), le présent essai porte sur les interventions non pharmacologiques pour la gestion de ces symptômes.

Cadre conceptuel

Cette section traite de différents concepts, soit les troubles cognitifs et neurocognitifs, les comportements désinhibés et les enjeux éthiques.

Les troubles cognitifs et neurocognitifs

Le terme « trouble cognitif » ou « déclin cognitif » désigne une altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives. Son origine peut être neurologique, psychiatrique, médicamenteuse ou autre (HAS, 2018). Le trouble neurocognitif léger, quant à lui, peut parfois résulter d'un vieillissement normal et il affecte principalement (a) la mémoire, (b) l'orientation, (c) le langage, (d) le raisonnement et (e) la planification (CISSS de l'Outaouais, 2021). La personne vivant avec un trouble neurocognitif léger peut tout de même vivre de façon automne dans les actes du quotidien (American Psychiatric Association, 2016). En revanche, le trouble neurocognitif majeur ou « TNCM », autrefois désigné par le terme « démence », désigne une réduction des capacités. Cette réduction est acquise, significative et évolutive dans un ou plusieurs des domaines cognitifs, tel que défini par le DSM-5. Le TNCM est persistant et n'est pas expliqué par des troubles psychotiques ou par la dépression. Il est souvent associé à des changements comportementaux ou de personnalité (HAS, 2018). La diminution des facultés mentales compromet la capacité d'une personne à être autonome. Les domaines cognitifs affectés sont (a) la mémoire, (b) l'attention complexe, (c) les fonctions exécutives (comme la planification, l'organisation et l'abstraction), (d) le langage, (e) les fonctions visuomotrices ou (f) la cognition sociale (Société Alzheimer du Canada, s.d.).

Les principales formes de TNC

En dehors de la maladie d'Alzheimer, d'autres formes de troubles neurocognitifs (TNC) existent. Parmi ceux-ci, les TNC à début précoce sont ceux qui apparaissent avant l'âge de 65 ans (Société Alzheimer du Canada, s.d.). L'apparition des déficits cognitifs dans les TNC vasculaires est liée dans le temps à un ou plusieurs accidents vasculaires cérébraux. Un déclin significatif de l'attention complexe (dont la vitesse de traitement) et des fonctions exécutives frontales est observé. L'examen clinique, les antécédents et/ou les résultats de la neuro-imagerie révèlent une

maladie vasculaire cérébrale jugée suffisante pour expliquer les déficits (American Psychiatric Association, 2016). La démence à corps de Lewy apparaît de façon insidieuse et elle évolue progressivement. Elle se caractérise par des fluctuations du fonctionnement cognitif, avec des variations marquées de l'attention et de la vigilance. Les patients présentent des hallucinations visuelles fréquentes, souvent bien construites et détaillées. Des signes spontanés de parkinsonisme surviennent après l'apparition des déficits cognitifs. La démence à corps de Lewy répond aux critères du trouble du comportement en sommeil paradoxal et elle est accompagnée d'une hypersensibilité sévère aux neuroleptiques (American Psychiatric Association, 2016). Les TNC mixtes, quant à eux, présentent les symptômes d'au moins deux types de TNC (Société Alzheimer du Canada, s.d.). Les dégénérescences ou démences fronto-temporales (DFT) débutent de manière insidieuse et progressent graduellement. Les variantes comportementales possibles incluent (a) la désinhibition, (b) l'apathie ou l'inertie, (c) une diminution de la capacité à éprouver de la sympathie ou de l'empathie, (d) des comportements répétitifs, stéréotypés ou compulsifs/ritualisés, (e) des changements dans les habitudes alimentaires et (f) une hyperoralité. On observe un déclin marqué de la cognition sociale et/ou des fonctions exécutives. Les variantes verbales se caractérisent par une détérioration des compétences langagières, notamment un discours appauvri, des difficultés à trouver les mots, à nommer des objets et à maîtriser la grammaire ou la compréhension des mots. En revanche, les fonctions liées à l'apprentissage, à la mémoire et aux capacités perceptivomotrices restent relativement intactes (American Psychiatric Association, 2016). Les DFT sont également appelées (a) troubles neurocognitifs sémantiques, (b) dégénérescences fronto-temporales lobaires, (c) troubles neurocognitifs du lobe frontal, (d) maladie de Tau ou tauopathie, (e) maladie de Pick et (f) complexe de Pick (Société Alzheimer du Canada, s.d.). À un stade léger, les changements comportementaux ou les troubles du langage présents dans les TNC peuvent apparaître de manière isolée (Société Alzheimer du Canada, s.d.). Toutefois, à mesure que la maladie évolue, ces symptômes tendent à se superposer progressivement (Société Alzheimer du Canada, s.d.).

Les comportements désinhibés

Les changements comportementaux ou de personnalité associés aux troubles neurocognitifs comportent (a) la désinhibition comportementale, (b) l'apathie ou l'inertie, (c) la perte des capacités de sympathie ou d'empathie à l'égard d'autrui, (d) les comportements persévérandts, stéréotypés ou compulsifs/ritualisés, (e) l'hyperoralité ainsi que (f) les modifications des comportements alimentaires (American Psychiatric Association, 2016). Les comportements désinhibés font référence à divers comportements problématiques tels que : (a) l'agressivité, (b) l'agitation, (c) l'anxiété, (d) l'errance (intrusive), (e) les demandes et les cris répétés et (f) la désinhibition sexuelle (Backhouse et al., 2018). Le comportement en lui-même peut être jugé « acceptable ». Ce sont les conséquences associées à ce comportement, que ce soit pour la personne concernée ou pour les autres, qui sont considérées comme problématiques (Backhouse et al., 2018). L'errance d'un résident n'a pas d'impact en soi. Cependant, elle devient problématique lorsque le résident erre en étant partiellement déshabillé, ayant des morceaux de vêtements touchant le sol, se mettant à risque de chute et impactant sa dignité. De même, l'errance devient préoccupante lorsqu'elle est intrusive ou lorsque le résident tente de s'emparer du déambulateur d'un autre usager, pouvant mettre ce dernier en danger (Backhouse et al., 2018). De surcroît, un usager voulant quitter son hébergement au crépuscule est compréhensible, mais devient non tolérable lorsque ce dernier devient agité et adopte des comportements agressifs envers les autres, le personnel et les installations pour atteindre son objectif. Le syndrome crépusculaire, aussi appelé agitation vespérale, fait partie des symptômes que la personne souffrant de troubles neurocognitifs peut présenter, typiquement le soir et la nuit. Par définition, l'agitation vespérale est un état d'agitation, de confusion mentale et de déambulation qui se produit en fin de journée ou en soirée (Société Alzheimer du Canada, s.d.). Certains comportements sont typiques de ce syndrome. Par exemple, (a) le fait de devenir exigeant ou agressif, (b) avoir des délires ou des hallucinations, (c) errer, (d) agir de manière impulsive, (e) essayer de quitter la maison, (f) avoir du mal à comprendre les autres et (g) rencontrer des difficultés à accomplir des tâches réalisées aisément plus tôt dans la journée (Société Alzheimer du Canada, s.d.).

Les enjeux éthiques

Comme mentionné précédemment, des répercussions et des risques sont associés aux comportements désinhibés et ils peuvent être jugés problématiques. Par conséquent, lorsque de telles répercussions surviennent, les membres du personnel en établissement sont tenus d'intervenir. Ils doivent veiller à la sécurité, à la dignité et aux droits des résidents, mais ils doivent également veiller à leurs propres sécurité, dignité et droits. Des questions éthiques peuvent alors être soulevées. Malgré la formation reçue, le personnel réagit souvent spontanément en situation d'urgence, ce qui conduit à l'utilisation d'interventions parfois questionnables. Les restrictions gestuelles, les contentions et les soins forcés sont des exemples d'interventions qui représentent un enjeu éthique (Backhouse et al., 2018). Le fait d'utiliser les restrictions gestuelles progressives (RGP) lors d'un soin, une forme de contention près de la personne la limitant dans ses mouvements, peut permettre de veiller à la sécurité d'un employé pour éviter les gestes agressifs d'un usager. Cependant, la sécurité et les droits de ce dernier peuvent alors être compromis, principalement si la situation aurait pu être évitée ou si d'autres interventions auraient pu être tentées en premier lieu. Par ailleurs, la frontière entre la désinhibition sexuelle et le harcèlement sexuel peut sembler floue pour le personnel. Un usager souffrant d'un trouble neurocognitif peut avoir des comportements sexuels inappropriés pour lesquels le personnel utilisera des techniques d'intervention comme l'humour, la minimisation, la désescalade ou la déviation dans une visée de déresponsabilisation des comportements problématiques du résident souffrant (Cook et al., 2022). Toutefois, certains comportements ne doivent pas être acceptés par le personnel, malgré l'atteinte cognitive des usagers.

Les SCPD de nature désinhibée doivent alors être pris en charge afin de respecter et de répondre de façon appropriée aux besoins et aux droits des résidents, de leur entourage et du personnel. Le présent essai tentera de répondre à la question de recherche et à l'objectif de l'étude suivants :

Objectif de l'étude

Les SCPD de nature désinhibée sont un phénomène important dans les troubles neurocognitifs chez les personnes âgées vivant en établissement de soins. L'objectif de cet essai est de recenser et d'analyser les différentes interventions non pharmacologiques¹ qui existent pour la gestion de ces comportements.

Question de recherche

Quelles sont les interventions non pharmacologiques les plus efficaces dans la réduction des SCPD de nature désinhibée chez les personnes âgées présentant un trouble neurocognitif?

¹ Une des études mentionne l'utilisation d'opioïdes pour contrer les douleurs pouvant provoquer des SCPD. En effet, Habiger et al. (2016) démontrent qu'un traitement ciblant la douleur, avant de s'attaquer au comportement lui-même (comme la désinhibition ou l'irritabilité), pourrait permettre de prévenir ces manifestations en intervenant à la source. Les auteurs soulignent que des interventions comportementales combinées à des traitements antidouleur, tels que l'utilisation d'opioïdes, permettraient d'améliorer à la fois la douleur et les comportements associés. Il s'agit d'ailleurs de la seule intervention combinée (pharmacologique et non-pharmacologique) incluse dans cet essai. Notons que la médication ne cible pas directement les SCPD, mais bien leur cause sous-jacente, en l'occurrence la douleur.

Méthode

Recherche documentaire

La recherche documentaire a été réalisée en ligne en juillet 2024. Une recension des écrits a été effectuée dans les bases de données suivantes : PsycINFO, CINAHL et Medline.

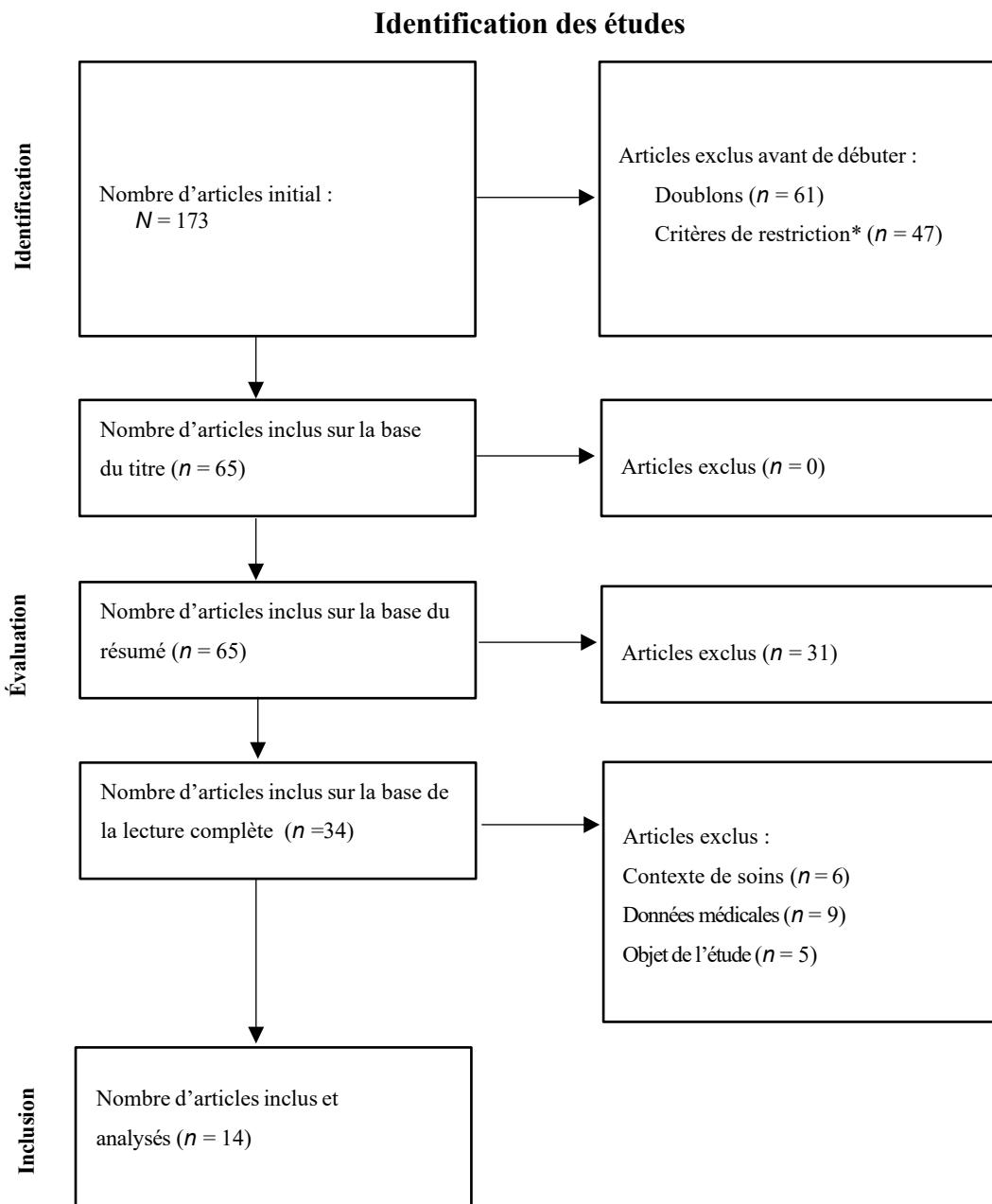
Pour effectuer la recension, l'équation de recherche suivante a été employée: (Nursing OR "Long term" OR Care OR Residen* OR Retire* OR Aged OR Group) N4 (Center* OR centre* OR Home* OR House* OR Facilit*) AND ("Neurocognitive disorder*" OR Dementia OR Senile OR Alzheimer*) AND (Disinhib* OR "Impulsive behavior*").

Critères de sélection

Les études qui ont été retenues devaient répondre aux critères d'éligibilité suivants :

- Contenir un échantillon de participants présentant un trouble neurocognitif;
- Se dérouler dans un établissement de soins;
- Examiner des pistes directes ou indirectes d'intervention en lien avec les comportements désinhibés des personnes présentant un trouble neurocognitif;
- Rédigées en anglais ou en français;
- Publiées entre 2005 et 2024;

Les études qui présentaient un cadre de soins à domicile, celles qui reposaient uniquement sur des données médicales et celles qui mettaient l'accent sur le vécu des proches aidants n'ont pas été retenues pour la présente recension.

Figure 1*Diagramme de flux*

*Le nombre d'articles qui ont été exclus après avoir appliqué des critères de restrictions tels que l'année, la langue et l'accessibilité.

Comme l'indique la Figure 1, 173 articles ont été repérés dans les bases de données PsycINFO, CINAHL et Medline. Parmi ceux-ci, 61 doublons ont été exclus et 47 autres articles ont été rejetés en raison de leur langue de rédaction, de leur année de publication et/ou du fait qu'ils n'étaient pas accessibles par l'entremise des banques de données de la bibliothèque de l'UQTR ou en libre accès. Conséquemment, 65 articles ont été consultés et 31 articles ont été retranchés sur la base du résumé. Par conséquent, 34 articles ont été lus en intégralité. De ces articles, 6 ont été exclus en raison du contexte de soins. C'est-à-dire que l'étude a été menée à domicile, par exemple, plutôt que dans un établissement de soins comme une maison de retraite ou un hébergement de soins de longue durée. De plus, 9 articles ont été écartés sur la base du fait que leur analyse portait exclusivement sur des données médicales ou pharmacologiques, ne correspondant pas à l'objectif de l'étude. Finalement, 5 articles ont également été exclus, car l'objet de l'étude portait seulement sur le vécu des proches aidants. En définitive, 14 articles ont été inclus et analysés pour les fins de cet essai.

Résultats

Quatorze études ont été sélectionnées pour cette recension des écrits. Le Tableau 1 expose une synthèse des études retenues et leurs caractéristiques (voir Appendice A). Elles ont été réalisées auprès de population clinique et pour la majorité, à l'extérieur de l'Amérique du Nord. L'échantillonnage est varié en taille et en composition. Certains échantillons se composent de grandes cohortes comme celle de Cations et al. (2024) avec plus de 40 000 participants et d'autres, de plus petites compositions comme l'étude de cas de Nakanishi et Yamaga (2021) portant sur une seule patiente atteinte de démence frontotemporale. Cette diversité géographique et d'échantillonnage permet d'étendre ou de généraliser les connaissances sur les différentes interventions non pharmacologiques utilisées pour traiter les symptômes associés aux troubles neuropsychiatriques.

Les études explorées se distinguent par leurs différentes approches. Certaines visent à agir sur les causes sous-jacentes des symptômes neuropsychiatriques, notamment les études de (a) Habiger et al. (2016), (b) de Prado-Jean et al. (2010), (c) de Cations et al. (2024), (d) de Zuidema et al. (2009) et (e) de Palm et al. (2018). D'autres études se concentrent sur des aspects liés à l'alimentation comme l'étude de Kromhout et al. (2021) et celle de Greenwood et al. (2005). Parallèlement, des interventions axées sur la structuration quotidienne et sur l'environnement sont également présentées par les recherches de Nakanishi et Yamaga (2021), de Sampaio et al. (2021), de Fraker et al. (2014) et de El Haddad et al. (2018). De plus, des pratiques innovantes sont explorées par l'article de Li (2022). Enfin, une approche axée sur la formation et le soutien du personnel est présentée par les études de Backhouse et al. (2018) et de Cook et al. (2022). Toutes ces études partagent un objectif commun : réduire les symptômes neuropsychiatriques en cherchant à les comprendre, en tenant compte de leurs causes et en adaptant les interventions pour mieux atteindre cet objectif. Le tableau 2 expose un aperçu des différentes interventions proposées dans cet essai (voir Appendice B).

La présente section offre alors un résumé des résultats centraux de chaque étude sélectionnée dans la recension des écrits et l'interprétation de ceux-ci par les auteurs.

Intervention sur les causes sous-jacentes

L'efficacité du traitement de la douleur sur l'agitation et la psychose

Les résultats de cet essai contrôlé randomisé en grappes indiquent que la douleur est non seulement associée à la désinhibition et à l'irritabilité, mais qu'elle constitue aussi un facteur sous-jacent de la psychose, en particulier des délires (Habiger et al., 2016). Après l'introduction du traitement de la douleur, une réduction significative de l'agitation, de l'agressivité et des comportements moteurs déviants a été observée (Habiger et al., 2016). De plus, l'utilisation d'analgésiques opioïdes n'a pas entraîné d'augmentation des symptômes psychotiques, comme les délires et les hallucinations, allant à l'encontre de la réticence souvent observée à prescrire ces traitements (Habiger et al., 2016). Cette étude suggère qu'un traitement adéquat de la douleur pourrait être une intervention clé pour diminuer ces symptômes neuropsychiatriques chez les personnes atteintes de démence étant donné que la douleur et le comportement sont tous deux étroitement liés (Habiger et al., 2016). Des interventions comportementales combinées à des traitements antidouleur permettraient alors d'améliorer à la fois la douleur et les comportements associés (Habiger et al., 2016). De plus, la réticence à utiliser des opioïdes pourrait être réévaluée à la lumière de ces informations (Habiger et al., 2016).

Les manifestations comportementales et psychologiques de la dépression chez les personnes atteintes de démence

Les résultats de cette analyse transversale révèlent qu'environ 42,9 % des 319 patients atteints de démence souffraient de dépression et 75,9 % présentaient des SCPD (Prado-Jean et al., 2010). La proportion de patients dépressifs atteints de démence présentant des SCPD était particulièrement élevée, atteignant 96,4 % (Prado-Jean et al., 2010). Chez les patients déprimés, des symptômes additionnels tels que l'agitation, l'anxiété et l'irritabilité, sans différence notable selon le sexe ou l'âge, étaient plus courants (Prado-Jean et al., 2010). L'Inventaire Neuropsychiatrique (INP) a permis d'identifier quatre groupes de symptômes : le premier regroupait la désinhibition, l'irritabilité, l'agitation et l'anxiété, le deuxième incluait les troubles du sommeil, le comportement moteur déviant et l'apathie, le troisième concernait l'euphorie, les hallucinations et le délire et le dernier portait sur les troubles alimentaires (Prado-Jean et al.,

2010). La dépression était particulièrement associée aux symptômes du premier groupe, suggérant que ces comportements sont des manifestations liées à la dépression et non des symptômes seulement associés à la démence (Prado-Jean et al., 2010). Cela met en évidence l'importance de traiter la comorbidité avec la dépression chez les patients atteints de démence afin de mieux gérer les SCPD et ainsi optimiser le traitement en raison de la forte prévalence des SCPD présente chez les usagers atteints de démence et de dépression (Prado-Jean et al., 2010).

L'impact du traumatisme psychologique sur les symptômes neuropsychiatriques

Parmi l'échantillon de cette étude transversale et observationnelle sur cinq ans, 6 % (n = 2 529) présentaient des antécédents de traumatisme (Cations et al., 2024). Ces individus affichaient une gravité accrue des SNP, accompagnée d'une détresse plus importante chez leurs soignants, comparativement à ceux sans traumatisme psychologique (Cations et al., 2024). Ces antécédents étaient liés à une plus grande probabilité de présenter (a) des symptômes psychotiques, (b) d'agitation, (c) d'agressivité, (d) d'irritabilité, (e) de désinhibition, (f) de troubles affectifs et (g) de comportements nocturnes perturbateurs (Cations et al., 2024). Ces résultats suggèrent qu'il est essentiel de considérer les antécédents traumatisques dans l'évaluation des patients atteints de démence. Le but étant d'adapter les interventions en conséquence pour réduire l'impact des SNP (Cations et al., 2024).

L'influence de la gravité de la démence et du genre sur les symptômes neuropsychiatriques

Les résultats de cette étude transversale montrent que l'agressivité physique était plus fréquente chez les patients atteints de démence très sévère, se référant au stade 7 de la Global Deterioration Scale (GDS) (le Stade 1 étant l'absence de déficience cognitive et le stade 7 représentant une démence très sévère), tandis que la désinhibition, l'irritabilité et l'agitation verbale étaient plus courantes chez ceux aux stades 5 et 6 (Zuidema et al., 2009). Les hommes présentaient davantage d'agressivité physique alors que les femmes montraient plus souvent des signes d'agitation verbale (Zuidema et al., 2009). De plus, les délires et la dépression étaient plus fréquents chez les patients modérément sévères (stades 5 et 6) tandis que l'anxiété et l'apathie augmentaient chez ceux avec une démence très avancée (stade 7) (Zuidema et al., 2009).

L'apathie était plus présente chez les hommes tandis que la dépression et l'anxiété touchaient davantage les femmes (Zuidema et al., 2009). Cette étude souligne que la gravité de la démence et le genre influencent fortement l'apparition des symptômes neuropsychiatriques chez les patients en maison de retraite (Zuidema et al., 2009).

La prévalence et les symptômes associés à l'agitation sévère chez les personnes atteintes de démence

Les résultats de cette analyse secondaire, réalisée dans le cadre d'une étude observationnelle, indiquent que 6 résidents sur 100 présentaient de l'agitation sévère (Palm et al., 2018). (a) Le sexe masculin, (b) les symptômes d'euphorie, (c) de délires, (d) d'apathie, (e) d'anxiété, (f) de comportements problématiques nocturnes et (g) les troubles moteurs étaient fortement associés à cette agitation (Palm et al., 2018). En revanche, la gravité de la démence et le niveau de soutien social n'ont pas d'association claire avec celle-ci (Palm et al., 2018). De plus, l'agitation peut également être provoquée par l'absence ou par une mauvaise réponse aux besoins individuels des résidents tels que le sommeil et la nutrition (Palm et al., 2018). Une telle étude contribuerait non seulement à approfondir la compréhension conceptuelle des symptômes neuropsychiatriques, mais aussi à élaborer des interventions destinées au personnel pour prévenir et gérer efficacement l'agitation sévère chez les personnes atteintes de démence (Palm et al., 2018).

Interventions alimentaires

La relation entre la caféine et les symptômes comportementaux de la démence

L'analyse transversale démontre qu'une augmentation de la consommation de caféine était associée à une diminution des symptômes comportementaux en ce qui concerne l'agitation et les symptômes affectifs, mesurés par l'échelle NPI-NH (Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home version) (Kromhout et al., 2021). D'autre part, une consommation de caféine normale était liée à moins de symptômes dans le domaine psychomoteur et aux éléments de désinhibition et de dépression, mesurés avec le NPI-NH et le MDS (Minimum Data Set), comparativement à une faible consommation de caféine (Kromhout et al., 2021). Toutefois, la gravité de la démence

influence certains symptômes comme l'agitation et l'anxiété ainsi que les domaines affectifs et psychomoteurs (Kromhout et al., 2021). Contrairement à des recherches antérieures, cette étude a démontré qu'une consommation plus élevée de caféine était liée à une agitation moindre (Kromhout et al., 2021). Aucune association significative n'a toutefois été observée pour l'apathie, mesurée avec le NPI-NH et l'AES-C (Apathy Evaluation Scale – Clinician Version) (Kromhout et al., 2021). Les résultats suggèrent que la consommation de caféine pourrait avoir des effets variables sur les symptômes comportementaux selon les individus et la sévérité de leur démence (Kromhout et al., 2021). Des études d'interventions futures devraient alors être réalisées afin d'explorer le potentiel de la caféine comme levier thérapeutique pour les troubles neuropsychiatriques chez les personnes âgées (Kromhout et al., 2021). De plus, le diabète est un critère d'inclusion de l'étude qui a permis à des stagiaires de participer à celle-ci, quel que soit le secteur auquel ils étaient affectés dans l'établissement. Cependant, cela a restreint la généralisation des résultats de l'étude aux personnes diabétiques. En revanche, étant donné l'absence de lien connu entre la consommation de caféine, le diabète et les symptômes comportementaux chez les personnes âgées, les résultats de cette étude pourraient également être applicables aux résidents atteints de démence sans diabète (Kromhout et al., 2021).

La perturbation des habitudes alimentaires et les pertes fonctionnelles et comportementales

Les résultats de l'étude transversale indiquent que ces individus consomment généralement moins de nourriture au dîner et au souper surtout lorsqu'ils présentent des pertes fonctionnelles comme le désengagement (exemple : retrait social ; Greenwood et al., 2005). Les perturbations comportementales telles que l'irritabilité et l'agitation sont associées à une consommation accrue de glucides et à une réduction des protéines (Greenwood et al., 2005). La personne présentant de l'agitation peut rechercher des « aliments réconfortants », comme une forme d'automédication (Greenwood et al., 2005). Les comportements psychomoteurs comme l'irritabilité et l'apathie jouent un rôle plus important dans la détermination des choix alimentaires que les troubles neurocognitifs ou les troubles de l'humeur, comme la dépression et l'anxiété (Greenwood et al., 2005). Les résidents semblent inconsciemment chercher à se réconforter en consommant des aliments sucrés au détriment des protéines, dans le but de réduire l'agitation et

l'irritabilité (Greenwood et al., 2005). Dans une perspective préventive, il serait judicieux de leur proposer des aliments sucrés, mais riches en protéines, tels que des puddings protéinés, lors du souper (Greenwood et al., 2005).

Interventions de structuration quotidienne et adaptation de l'environnement

L'impact de l'instauration d'une routine sur les symptômes comportementaux de la démence frontotemporale

Les résultats de cette étude de cas démontrent qu'à la suite de l'intervention, plusieurs améliorations notables ont été observées chez la patiente de 69 ans atteinte de DFT, vivant en maison de groupe (Nakanishi et Yamaga, 2021). Des progrès significatifs ont été constatés. Une routine de nettoyage a été instaurée après les repas (Nakanishi et Yamaga, 2021). La patiente a commencé à interagir de manière plus positive avec d'autres résidents (Nakanishi et Yamaga, 2021). De plus, les épisodes où elle s'enfermait dans sa chambre ont diminué et les conflits avec les autres résidents ont presque cessé (Nakanishi et Yamaga, 2021). Les scores de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI-NH) ont montré une réduction de l'agitation, de l'apathie, de la désinhibition et de l'irritabilité (Nakanishi et Yamaga, 2021). Ces résultats mettent en lumière l'importance d'une thérapie de routinisation pour les patients atteints de DFT, en ciblant les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)² (Nakanishi et Yamaga, 2021).

L'établissement de routines adaptées, basées sur les fonctions résiduelles, a permis non seulement d'améliorer la qualité de vie du patient, mesurée par le QoL-AD (Quality of Life in Alzheimer's Disease), mais aussi de réduire les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (Nakanishi et Yamaga, 2021). Cette approche a également allégé le fardeau des soins à long terme, soulignant ainsi son efficacité dans la gestion des symptômes liés à la démence et l'importance de l'intégration des AIVQ dans les plans de soins en maison de groupe (Nakanishi et Yamaga, 2021).

² Les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) désignent des tâches complexes nécessitant des capacités de planification, d'organisation et de réflexion. Elles incluent par exemple la gestion des finances, la préparation des repas, la prise de médication et la conduite automobile. À la différence des AIVQ, les activités de la vie quotidienne (AVQ) regroupent des tâches essentielles du quotidien, tels que se laver, s'habiller et s'alimenter (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, s.d.).

Les effets de l'exercice physique sur les symptômes comportementaux et la capacité fonctionnelle

Cette étude quasi expérimentale non randomisée, impliquant 64 personnes âgées, réparties en un groupe témoin (GT, recevant des soins habituels) et en un groupe exercice (ayant participé à une intervention d'exercice supervisée de 6 mois) a révélé que la capacité fonctionnelle et le score de qualité de vie (selon le QoL-AD) du GT se sont détériorés avec le temps, tandis que le GE (groupe exercice) a maintenu ces valeurs après l'implantation d'une intervention d'exercice physique (Sampaio et al., 2021). De plus, les soignants ont rapporté une réduction du stress lié à des symptômes tels que l'apathie et la désinhibition dans le GE après 6 mois d'intervention tandis que la détresse des soignants s'est vu être augmentée dans le GT en lien avec ces symptômes (Sampaio et al., 2021). En ajout, les bienfaits de l'exercice semblent plus marqués sur l'humeur dépressive, l'agitation et l'errance (Sampaio et al., 2021). Ces résultats suggèrent qu'un programme d'exercice structuré pourrait être une intervention non pharmacologique efficace pour atténuer les symptômes neuropsychiatriques tout en réduisant la charge et le stress vécus par les soignants (Sampaio et al., 2021).

Le rôle de l'ergothérapie dans la gestion des symptômes neuropsychiatriques

L'étude de Fraker et al. (2014), en se basant sur une revue de la littérature et une analyse des pratiques cliniques, met en avant l'importance des traitements non pharmacologiques en raison de leur efficacité et de leurs effets secondaires limités. Les symptômes neuropsychiatriques (SNP) de la démence, tels que l'agression, l'agitation et la dépression sont très fréquents chez les patients et affectent autant ces derniers que leurs aidants (Fraker et al., 2014). Les ergothérapeutes peuvent alors jouer un rôle important dans la gestion des SNP en utilisant l'approche DICE (Décrire, Investiguer, Créer, Évaluer ; Fraker et al., 2014). Cette dernière est centrée sur le patient et ses aidants. Cette méthode intégrée permet de personnaliser les interventions en combinant des stratégies non pharmacologiques, pharmacologiques et médicales afin de répondre aux besoins individuels de chacun et d'améliorer leur qualité de vie (Fraker et al., 2014). L'ergothérapie se concentre sur l'ajustement entre l'environnement et les capacités

cognitives du patient, renforçant ainsi l'importance d'une approche interdisciplinaire pour la gestion des SNP en milieu clinique (Fraker et al., 2014).

L'évolution des symptômes comportementaux après un déménagement vers un établissement mieux adapté

Les résultats de cette étude prospective à bras unique ont révélé qu'aucun changement significatif dans le score global de l'Inventaire neuropsychiatrique pour les maisons de soins (NPI-NH) n'a été observé dans des unités de soins ordinaires. Cependant, une diminution notable a été constatée dans des unités de soins spécialisés (en anglais : Special Care Units ou SCUs) après 4 semaines (El Haddad et al., 2018). Les symptômes de désinhibition, d'apathie et d'agitation ont diminué dans les SCUs tandis qu'une légère augmentation des comportements moteurs déviants a été observée après 12 semaines du déménagement (El Haddad et al., 2018). La relocalisation vers un établissement mieux adapté sur le plan architectural, sans changement de personnel, a permis de réduire de manière significative les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) des résidents (El Haddad et al., 2018). Ces établissements mieux adaptés comportent des aménagements comme des unités plus petites et reliées par des couloirs circulaires, un accès à de la lumière naturelle et un accès à un jardin. Ces éléments contribuent à améliorer les cycles de sommeil, à réduire la surstimulation et à accroître le confort des résidents (El Haddad et al., 2018).

Interventions innovantes

L'intervention par le jeu et la construction du soi chez les personnes âgées atteintes de démence

Cette étude conceptuelle avec approche transformative de Li (2022) met en avant l'importance du jeu dans le soutien des personnes atteintes de démence, en proposant une approche centrée sur le bien-être et l'auto-expression (Li, 2022). Le jeu est un domaine idéal pour explorer et établir le soi chez ces adultes (Li, 2022). Ce concept de « soi esthétique » permet à un individu de voir au-delà de ses limitations cognitives et de reconnaître ses aspects individuels (Li, 2022). Cette perception lui permet de réaliser qu'avec du soutien, il peut être un créateur culturel.

En partageant leurs souvenirs culturels et leurs habitudes sociales, cela vient jouer un rôle crucial dans le maintien de l'identité et de la sociabilité chez les personnes concernées (Li, 2022).

Interventions de formation et de soutien

Les liens entre les actions entreprises par le personnel pour gérer les comportements et le respect des droits humains

L'étude qualitative a révélé que les comportements des usagers atteints de démence, tels que (a) l'agression, (b) l'agitation, (c) les demandes incessantes, (d) l'anxiété, (e) l'errance et (f) la désinhibition sexuelle, présentent des risques pour eux-mêmes, les autres résidents et le personnel (Backhouse et al., 2018). Les stratégies de gestion adoptées par le personnel, comme l'augmentation de la surveillance, le placement en unités spécifiques, la contention ou le recours à des soins forcés visent à répondre aux risques et aux conséquences occasionnés par ces comportements (Backhouse et al., 2018). En revanche, elles peuvent parfois poser des enjeux éthiques en entrant en conflit avec les droits des résidents (Backhouse et al., 2018). Les stratégies sont mises en place dans une visée d'assurer la sécurité de tous, mais elles mettent en évidence un conflit entre la nécessité de maintenir la sécurité et le respect des droits de chacun (Backhouse et al., 2018). L'étude souligne la nécessité d'améliorer la formation et le soutien du personnel pour assurer un équilibre entre la gestion des risques et le respect de la dignité et des droits des résidents atteints de démence (Backhouse et al., 2018).

La vision et la réponse du personnel face aux comportements sexuels des résidents

Les employés des maisons de retraite font face à des dilemmes complexes lorsqu'il s'agit de gérer les comportements sexuels inappropriés des résidents. Ces comportements, souvent dus à une altération cognitive, sont rarement perçus comme du harcèlement sexuel par les employés, qui les voient plutôt comme des manifestations de la maladie (Cook et al., 2022). Les résultats de l'étude qualitative démontrent que le personnel a développé plusieurs stratégies pour répondre aux comportements, soit la minimisation, la déviation et la désescalade, qui permettent de limiter ces comportements sans en tenir les résidents directement responsables (Cook et al., 2022). Les employés peuvent aussi responsabiliser les résidents en répondant aux comportements de manière

plus directe (Cook et al., 2022). Les frontières dans les soins à long terme peuvent devenir floues en raison du contact physique régulier, des relations prolongées et de la baisse des capacités cognitives des résidents (Cook et al., 2022). De plus, le personnel peut parfois déshumaniser et infantiliser les comportements des résidents en exerçant un contrôle qui diminue leur identité en tant qu'adulte (Cook et al., 2022). L'étude recommande de renforcer les politiques et le leadership clinique et d'offrir de la formation spécialisée afin d'aider le personnel à naviguer dans ces situations délicates tout en garantissant la sécurité et le respect de la dignité des résidents (Cook et al., 2022).

Dans l'ensemble, les études examinées montrent une relation positive entre les interventions non pharmacologiques et la gestion des symptômes neuropsychiatriques chez les résidents atteints de TNC en maison de retraite. La majorité des interventions ont démontré une efficacité dans la réduction de certains symptômes comme l'agitation, la désinhibition, l'anxiété, l'irritabilité, etc. Les résultats soulignent l'importance d'une prise en charge personnalisée, adaptée à chaque usager en fonction de leur état et de leur environnement pour optimiser leur qualité de vie.

Discussion

Cet essai a pour objectif de recenser et d'analyser les différentes interventions non pharmacologiques qui existent pour la gestion des SCPD de nature désinhibée liés aux troubles neurocognitifs.

Ces études, bien que différentes dans leurs approches, partagent un objectif commun : réduire les symptômes neuropsychiatriques en les analysant, en considérant leurs causes et en adaptant les interventions pour atteindre cet objectif. Parmi les approches présentées, la gestion de la douleur (Habiger et al., 2016), le traitement des comorbidités telles que la dépression (Prado-Jean et al., 2010) et les antécédents traumatisques (Cations et al., 2024), la prise en compte des variables individuelles (Zuidema et al., 2009) et l'instauration d'une approche globale pour prévenir l'agitation sévère (Palm et al., 2018), toutes présentent l'importance d'agir sur les causes sous-jacentes des symptômes. D'autres interventions se concentrent sur une approche alimentaire, notamment en lien avec la consommation de caféine sur les symptômes comportementaux (Kromhout et al., 2021) et les choix d'aliments spécifiques, comme ceux riches en protéines et en sucres pour apaiser l'agitation (Greenwood et al., 2005). Les interventions axées sur la structuration quotidienne et l'adaptation de l'environnement incluent la création de routines adaptées aux capacités résiduelles des patients avec des activités instrumentales de la vie quotidienne (Nakanishi et Yamaga, 2021), des programmes d'exercices structurés (Sampaio et al., 2021), l'ergothérapie axée sur l'adaptation de l'environnement (Fraker et al., 2014) et la relocalisation dans des environnements mieux adaptés (El Haddad et al., 2018). De plus, des pratiques innovantes axées sur l'expression personnelle et l'interaction humaine, tel que l'utilisation du jeu (Li, 2022) et des interventions renforçant la formation et le soutien du personnel (Backhouse et al., 2018 ; Cook et al., 2022) jouent également un rôle important dans la réduction des symptômes.

L'identification des causes, la compréhension des symptômes et l'adaptation des interventions présentées dans les différentes études génèrent ainsi un impact significatif sur la diminution des SCPD de nature désinhibée. Ces résultats répondent à la question de recherche en

démontrant diverses interventions efficaces fondées sur une compréhension de la fonction des comportements, permettant une gestion préventive et proactive des symptômes. Enfin, la majorité des résultats sont mesurés à l'aide d'outils standardisés, renforçant la validité de ces conclusions.

Quelles sont les interventions non pharmacologiques les plus efficaces dans la réduction des SCPD de nature désinhibée chez les personnes âgées présentant un trouble neurocognitif ?

Les interventions recensées dans les études analysées montrent un potentiel notable dans la réduction des SCPD de nature désinhibée en agissant directement sur leurs causes sous-jacentes. En effet, Habiger et al. (2016) démontrent qu'un traitement ciblant la douleur, avant de s'attaquer au comportement lui-même (comme la désinhibition ou l'irritabilité), pourrait permettre de prévenir ces manifestations en intervenant à la source. De même, Prado-Jean et al. (2010) stipulent que de traiter la dépression, identifiée comme un facteur causal de certains symptômes neuropsychiatriques, permettrait d'en prévenir l'apparition ou d'en réduire l'intensité. De plus, les antécédents de traumatismes psychologiques peuvent contribuer à l'apparition ou à l'aggravation de certains SNP (Cations et al., 2024). En ajustant les interventions en fonction de ces antécédents, il est possible d'intervenir de manière plus efficace et ciblée. Par ailleurs, Zuidema et al. (2009) soulignent l'influence du degré de gravité de la démence et du genre sur la fréquence et l'intensité des symptômes neuropsychiatriques, ce qui met en évidence l'importance d'adapter les interventions selon ces caractéristiques individuelles. Enfin, Palm et al. (2018) recommandent une prise en charge globale pour les cas d'agitation sévères, souvent accompagnée d'autres troubles neuropsychiatriques afin de cibler l'ensemble des symptômes et de maximiser les bénéfices pour le bien-être des résidents tout en réduisant le fardeau des soignants. De plus, en prenant en considération et en agissant directement sur les besoins individuels tels que l'alimentation et le sommeil des usagers, il serait possible de prévenir l'agitation. L'ensemble de ces approches visent ainsi à gérer les manifestations comportementales en traitant les facteurs contributifs ou les causes, une stratégie qui se révèle essentielle pour réduire efficacement les symptômes à la source.

Sur un autre plan, les interventions alimentaires occupent également une place dans la gestion des symptômes neuropsychiatriques. L'étude de Kromhout et al. (2021) démontre que, bien que les réponses comportementales à la caféine varient d'un individu à l'autre, la consommation de ce produit pourrait avoir un effet bénéfique dans une approche personnalisée de gestion des SNP. En adaptant la consommation de caféine, il devient possible d'agir de manière préventive sur certains comportements problématiques chez les personnes atteintes de démence. Greenwood et al. (2005) soulignent également l'importance de choix alimentaires spécifiques, recommandant des aliments sucrés, riches en protéines pour apaiser l'agitation. En ce sens, la collaboration avec une nutritionniste pourrait être intéressante en vue d'atténuer ou de prévenir certains comportements perturbateurs. Ensemble, ces études mettent en évidence la pertinence de considérer les approches alimentaires dans les stratégies d'interventions interdisciplinaires en utilisant la nutrition comme levier potentiel pour moduler les symptômes comportementaux.

D'autre part, les interventions structurées visant l'instauration de routines et l'adaptation de l'environnement réduisent les comportements perturbateurs en agissant de manière préventive sur les besoins des patients. En adaptant les routines aux capacités résiduelles des résidents en instaurant les AIVQ au plan de soins, comme le montrent Nakanishi et Yamaga (2021), cela contribue à structurer le quotidien et à soutenir l'autodétermination, répondant ainsi aux besoins de stabilité et d'autonomie. Cela peut ainsi contribuer à une diminution de l'émergence de certains comportements problématiques. De même, les programmes d'exercices structurés (Sampaio et al., 2021) et les approches d'ergothérapie centrées sur un environnement ajusté aux capacités cognitives (Fraker et al., 2014) permettent de maintenir des capacités fonctionnelles tout en atténuant les symptômes neuropsychiatriques, réduisant ainsi la nécessité d'interventions plus intensives par la suite. Enfin, la relocalisation dans des espaces mieux adaptés (El Haddad et al., 2018) démontre l'importance d'un environnement physique conçu pour minimiser les sources de confusion et d'agitation. L'intégration de routines, d'activités adaptées et d'espaces optimisés devraient être appliquées en amont afin d'offrir des repères stables et un environnement sécurisant, favorisant ainsi la réduction des comportements perturbateurs.

D'un autre côté, les pratiques innovantes axées sur l'expression personnelle et l'interaction humaine, notamment par l'utilisation du jeu, se révèlent efficaces pour enrichir l'expérience des personnes atteintes de démence (Li, 2022). Adopter une telle approche proactive permet non seulement de réduire le risque d'apparition de comportements problématiques, mais également de stimuler l'engagement individuel et de favoriser des interactions sociales enrichissantes. Le concept de « soi esthétique » permet ici de dépasser les limitations cognitives en reconnaissant les particularités de chaque individu, créant ainsi un cadre propice aux échanges valorisants et à des expressions culturelles et sociales (Li, 2022). Ces interventions novatrices réduisent l'isolement, améliorent l'autodétermination et renforcent le bien-être émotionnel des usagers, pouvant ainsi contribuer à atténuer des symptômes neuropsychiatriques.

Dans une autre perspective, les études de Backhouse et al. (2018) et de Cook et al. (2022) soulignent l'importance de renforcer la formation et le soutien offerts au personnel pour assurer une gestion des risques qui respecte la dignité des résidents. Ces interventions, axées sur le développement des compétences du personnel, visent à améliorer la gestion des comportements inappropriés tout en préservant les droits des usagers. En dotant les soignants de formations adaptées et de ressources pour les accompagner face à des comportements complexes, les interventions gagnent en efficacité et réduisent le risque d'escalade des symptômes neuropsychiatriques. Un personnel mieux équipé contribue ainsi à diminuer les SNP, tout en assurant un environnement de soins sécuritaire et respectueux.

Le tableau 2, présenté en Appendice B, offre un aperçu des divers types d'interventions proposées dans cet essai.

Limitations méthodologiques

Les études recensées présentent diverses limitations méthodologiques. La recherche de Habiger et al. (2016) repose sur un échantillon restreint issu d'analyses secondaires, limitant la diversité et la représentativité de l'échantillon. L'étude de Prado-Jean et al. (2010), de nature transversale, ne permet pas d'établir de liens causaux entre la dépression et les symptômes

comportementaux, bien qu'elle puisse être utile pour identifier des associations à un instant donné. L'absence de suivi longitudinal restreint également la compréhension de l'évolution des symptômes. L'étude de Cations et al. (2024), observationnelle et transversale, présente la même limitation quant aux liens causaux. De plus, l'absence d'évaluation systématique de la gravité de la démence introduit un biais potentiel concernant la relation entre les SNP et les antécédents de traumatisme. Zuidema et al. (2009) soulignent les biais liés à l'utilisation du GDS, une échelle de mesure globale adaptée aux démences dégénératives primaires, ainsi que l'absence d'analyse des patients non traités. Cela limite la représentativité de l'échantillon. De plus, l'absence de données sur les maladies comorbides et le type de démence limite la compréhension des liens entre les symptômes observés et les facteurs prédictifs. Palm et al. (2018) notent, quant à eux, l'absence de données longitudinales et la taille supérieure à la moyenne des maisons de retraite étudiées, ce qui limite la généralisation des résultats. Kromhout et al. (2021) évoquent la variabilité des effets de la caféine selon les individus et la sévérité de leur démence, nécessitant davantage d'études pour formuler des recommandations précises. Dans l'étude de Greenwood et al. (2005), la majorité des résidents n'ont pas subi de modification au niveau de leur médication habituelle. Les auteurs restent donc incertains sur le fait que l'introduction de nouveaux médicaments aurait eu des effets transitoires sur l'apport alimentaire ou si l'étude n'avait pas la capacité suffisante pour détecter de tels effets. L'étude de Nakanishi et Yamaga (2021) ne s'appuie que sur un seul cas, limitant ainsi la portée de ses résultats. Sampaio et al. (2021) rencontrent des limites au niveau de leur échantillon de petite taille et d'un manque de randomisation pour l'attribution des groupes, rendant difficile l'analyse statistique approfondie. Fraker et al. (2014) présentent des limites liées à la revue de la littérature et à l'analyse des pratiques cliniques, ce qui introduit un biais de sélection et empêche d'évaluer directement l'impact de la méthode DICE. L'absence de données empiriques et la subjectivité des analyses cliniques limitent la validité des résultats. L'étude à bras unique de El Haddad et al. (2018) ne permet pas de comparaison entre groupes et la période de suivi de 4 à 12 semaines est trop courte pour évaluer les effets à long terme des relocalisations. Li (2022) souligne les difficultés de généralisation en raison de l'approche communautaire contextuelle et du manque de diversité culturelle et ethnique parmi les participants. Des enjeux éthiques persistants sont également soulevés, car l'éthique de soins est un sujet de réflexion

continue. Backhouse et al. (2018) insistent sur la nécessité de stratégies et de formations supplémentaires pour améliorer la gestion des comportements des résidents dans les milieux de soins. Bien que les interventions non pharmacologiques soient privilégiées, leur mise en œuvre reste complexe à cause des défis institutionnels. Une base de preuves empiriques est donc essentielle pour guider les pratiques professionnelles, souvent négligée dans les différentes politiques et directives. Enfin, Cook et al. (2022) soulignent les biais liés aux défis du recrutement qui ont biaisé la sélection des participants, limitant ainsi la représentativité des interactions rapportées.

Par ailleurs, certaines limites du présent essai doivent être prises en considération également. Premièrement, il ne s'agit pas d'une recension exhaustive de la littérature disponible sur les interventions non pharmacologiques liées à la gestion des SCPD de nature désinhibée. De plus, l'équation de recherche a été appliquée uniquement en anglais. Ce choix méthodologique peut limiter l'étendue des conclusions tirées. De plus, comme ces études ont été réalisées auprès de population clinique et pour la majorité, à l'extérieur de l'Amérique du Nord, la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble de la population québécoise est limitée. En revanche, avec les avancées technologiques, les nouveaux critères diagnostiques associés et l'évolution constante de la recherche, nos connaissances sur les troubles neurocognitifs continuent de s'enrichir (Amieva et al., 2014). Ainsi, même si les résultats ne sont pas directement généralisables à la population québécoise, il est à la fois pertinent et essentiel de tirer parti des avancées et des tentatives menées auprès d'autres populations afin d'explorer et d'adapter ces approches à notre propre contexte.

Cette section met en évidence l'efficacité des interventions non pharmacologiques pour la gestion des SCPD de nature désinhibée associés aux troubles neurocognitifs. En ciblant les causes sous-jacentes, en approfondissant la compréhension des symptômes et en adaptant les interventions, les études analysées démontrent que diverses approches peuvent réduire de manière significative les symptômes neuropsychiatriques. Malgré certaines limitations méthodologiques, les résultats offrent un aperçu des interventions efficaces, rappelant

l'importance d'adapter ces approches aux particularités de chaque individu. Bien que les interventions recensées démontrent un potentiel prometteur, des recherches supplémentaires restent nécessaires afin d'approfondir leur mise en application dans les milieux de soins. Il serait pertinent d'évaluer dans quelle mesure ces interventions peuvent être mises en place et bien reçues par les équipes soignantes, tout en analysant les barrières organisationnelles pouvant nuire à leur implantation. De plus, explorer leur impact à long terme sur la qualité de vie des usagers et sur la charge du personnel de soins permettrait d'orienter les pratiques futures. En consolidant les bases empiriques et cliniques de ces approches, il sera possible d'optimiser leur intégration dans la pratique psychoéducative.

Conclusion

En conclusion, cet essai a permis de recenser et d'analyser diverses interventions non pharmacologiques efficaces pour la gestion des SCPD de nature désinhibée chez les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs. Les résultats démontrent qu'une approche multidimensionnelle prenant en compte les causes sous-jacentes et la nature des symptômes neuropsychiatriques est essentielle pour améliorer la qualité de vie des usagers et alléger la charge des soignants. Que ce soit par la gestion de la douleur, l'ajustement nutritionnel, l'adaptation de l'environnement ou encore les approches psychologiques et comportementales, chaque intervention doit être personnalisée en fonction des particularités et des antécédents des individus. Bien qu'il demeure certaines limitations, ce travail fournit des pistes d'interventions concrètes, tout en soulignant l'importance d'une évaluation continue et de l'adaptation des pratiques en fonction des contextes de soins. Dans cette perspective, il reste essentiel de mener de nouvelles recherches pour évaluer dans quelle mesure ces interventions peuvent être mises en place et bien accueillies dans les milieux cliniques et pour approfondir leur impact à long terme sur la qualité de vie des résidents et sur la charge des soignants. En développant les bases empiriques et cliniques de ces approches, leur intégration dans la pratique psychoéducative pourra être optimisée. Ainsi, il est impératif de poursuivre les recherches dans ce domaine afin de valider et d'affiner les interventions proposées. L'objectif final est de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles neurocognitifs présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence de nature désinhibée et d'améliorer leur prise en charge en milieu de soins.

Références

Abosi, O., Lopes, S., Schmitz, S. et Fiedorowicz, J. G. (2018). Cardiometabolic effects of psychotropic medications. *Hormone molecular biology and clinical investigation*, 36(1), 20170065. <https://doi.org/10.1515/hmbci-2017-0065>

American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5 : Critères diagnostiques (Traduction française du DSM-5)*. Elsevier Masson.

Amieva, H., Belliard, S. et Salmon, E. (2014). *Les démences: Aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutiques*. Springer.

Backhouse, T., Penhale, B., Gray, R. et Killett, A. (2018). Questionable practices despite good intentions: Coping with risk and impact from dementia-related behaviours in care homes. *Ageing & Society*, 38(9), 1933-1958. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000368>

Cations, M., Atee, M., Morris, T. et Whiting, D. (2024). Neuropsychiatric symptoms of dementia in those with and without a recorded history of psychological trauma: A comparative study from an Australian dementia support service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 39(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/gps.6054>

CISSS de l'Outaouais. (2021). *Les troubles cognitifs : Reconnaître, comprendre et accompagner*. <https://cissss-outaouais.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2021/09/CISSSO-Brochure-Troubles-cognitifs-Final-FR.pdf>

Cook, C. M., Schouten, V., Henrickson, M., McDonald, S. et Atefi, N. (2022). Sexual harassment or disinhibition? Residential care staff responses to older adults' unwanted behaviours. *International Journal of Older People Nursing*, 17(3), 1-10. <https://doi.org/10.1111/opn.12433>

El Haddad, K., de Souto Barreto, P., Gerard, S., Prouff, A., Vellas, B. et Rolland, Y. (2018). Effect of relocation on neuropsychiatric symptoms in elderly adults living in long-term care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(11), 2183-2187. <https://doi.org/10.1111/jgs.15612>

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. (s.d.). *Activités de la vie quotidienne (AVQ) et activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)*. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée. <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/tacls-qrg/tacls-qrg-adl-and-aidl-final-fr.pdf>

Fraker, J., Kales, H. C., Blazek, M., Kavanagh, J. et Gitlin, L. N. (2014). The Role of the Occupational Therapist in the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia

in Clinical Settings. *Occupational Therapy In Health Care*, 28(1), 4-20.
<https://doi.org/10.3109/07380577.2013.867468>

Greenwood, C. E., Tam, C., Chan, M., Young, K. W. H., Binns, M. A. et van Reekum, R. (2005). Behavioral disturbances, not cognitive deterioration, are associated with altered food selection in seniors with Alzheimer's disease. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 60(4), 499-505.
<https://doi.org/10.1093/gerona/60.4.499>

Habiger, T. F., Flo, E., Achterberg, W. P. et Husebo, B. S. (2016). The Interactive Relationship between Pain, Psychosis, and Agitation in People with Dementia: Results from a Cluster-Randomised Clinical Trial. *Behavioural Neurology*, 2016, 7036415.
<https://doi.org/10.1155/2016/7036415>

Haute autorité de santé. (2018). Fiche 1 : Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs. *Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf

Kromhout, M. A., Rius Ottenheim, N., Putter, H., Numans, M. E. et Achterberg, W. P. (2021). Caffeine Consumption and Behavioral Symptoms in Nursing Home Residents: A Cross-Sectional Analysis. *The journal of nutrition, health & aging*, 25(1), 100-107.
<https://doi.org/10.1007/s12603-020-1436-y>

Li, B. Y. (2022). Cocomposing an Aesthetic Self Through Play: Toward a Transformative Framework for Dementia Care. *Gerontologist*, 62(3), 464-474.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnab021>

Nakanishi, K. et Yamaga, T. (2021). Effect of Instrumental Activities of Daily Living habituation due to routinising therapy in patients with frontotemporal dementia. *BMJ case reports*, 14(2). <https://doi.org/10.1136/bcr-2020-240167>

Palm, R., Sorg, C. G. G., Ströbel, A., Gerritsen, D. L. et Holle, B. (2018). Severe Agitation in Dementia: An Explorative Secondary Data Analysis on the Prevalence and Associated Factors in Nursing Home Residents. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 66(4), 1463-1470. <https://doi.org/10.3233/JAD-180647>

Prado-Jean, A., Couratier, P., Druet-Cabanac, M., Nubukpo, P., Bernard-Bourzeix, L., Thomas, P., Dechamps, N., Videaud, H., Dantoine, T. et Clément, J. P. (2010). Specific psychological and behavioral symptoms of depression in patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(10), 1065-1072.
<https://doi.org/10.1002/gps.2468>

Sampaio, A., Marques-Aleixo, I., Seabra, A., Mota, J. et Carvalho, J. (2021). Physical exercise for individuals with dementia: potential benefits perceived by formal caregivers. *BMC Geriatrics*, 21(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01938-5>

Société Alzheimer du Canada. (s.d.). *Que sont les troubles neurocognitifs?* <https://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs/que-sont-les-troubles-neurocognitifs>

Société Alzheimer du Canada. (s.d.). *Autres troubles neurocognitifs* <https://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs/autres-troubles-neurocognitifs>

Zuidema, S. U., de Jonghe, J. F. M., Verhey, F. R. J. et Koopmans, R. T. C. (2009). Predictors of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients: influence of gender and dementia severity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(10), 1079-1086. <https://doi.org/10.1002/gps.2225>

Appendice A

Synthèse des caractéristiques méthodologiques des études

Tableau 1

Les caractéristiques méthodologiques des études

Références	Objectif	Échantillon	Devis
Habiger et al., 2016	Analyser l'efficacité d'un protocole progressif pour le traitement de la douleur sur la psychose et sur l'agitation, mesurées à l'aide de l'Inventaire Neuropsychiatrique (version pour maisons de retraite) ainsi que d'explorer l'effet des analgésiques opioïdes sur la psychose.	352 patients atteints de démence avancée et d'agitation provenant de 18 maisons de retraite dans l'ouest de la Norvège.	Essai contrôlé randomisé en grappes
Prado-Jean et al., 2010	Caractériser les symptômes psychologiques et comportementaux de la dépression chez les patients souffrant de démence.	319 patients atteints de démence dans plusieurs établissements de soins dans la région du Limousin en France.	Analyse transversale
Cations et al., 2024	Comparer le nombre et la gravité des symptômes neuropsychiatriques (SNP) et la détresse des soignants entre les personnes atteintes de démence avec ou sans antécédents de traumatisme psychologique.	41 876 personnes âgées atteintes de démence (parmi celles-ci, 6 % (n = 2 529) avaient un antécédent de traumatisme psychologique enregistré dans leurs dossiers) en Australie.	Étude transversale et observationnelle sur cinq ans
Zuidema et al., 2009	Analyser l'impact de la sévérité de la démence et du genre sur les symptômes	1 319 patients néerlandais en maison de retraite aux Pays-Bas.	Étude transversale

	neuropsychiatriques des résidents de maisons de retraite atteints de démence.		
Palm et al., 2018	Déterminer la prévalence de l'agitation sévère chez les résidents de maisons de retraite souffrant de démence et d'identifier les facteurs qui y sont associés.	1 967 participants en Allemagne.	Analyse secondaire, réalisée dans le cadre d'une étude observationnelle
Kromhout et al., 2021	Évaluer la relation entre la consommation de caféine et les symptômes comportementaux de la démence sur des personnes âgées atteints de démence et de diabète.	206 individus atteints à la fois de diabète et de démence résident en maisons de retraite aux Pays-Bas.	Analyse transversale
Greenwood et al., 2005	Examiner de manière approfondie les perturbations des habitudes alimentaires liées à la maladie d'Alzheimer en mettant l'accent sur les changements dans la sélection des macronutriments (les protéines, les glucides et les lipides) et leur lien avec les indicateurs de perte fonctionnelle et comportementale.	32 résidents avec une probable maladie d'Alzheimer vivant dans une maison de retraite au Canada.	Étude transversale
Nakanishi et Yamaga, 2021	Évaluer l'effet de l'« habitation » des activités instrumentales de la vie quotidienne en instaurant une thérapie de routinisation chez les usagers atteints de	Une patiente de 69 ans atteinte de démence frontotemporale vivant en maison de groupe au Japon.	Étude de cas

	démence frontotemporale (DFT).		
Sampaio et al., 2021	Évaluer l'impact d'une intervention d'exercice sur la capacité fonctionnelle, les SCPD et sur la qualité de vie des personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence, selon la perception de leurs soignants.	64 personnes âgées institutionnalisées diagnostiquées cliniquement avec une démence de neuf établissements de soins différents au Portugal.	Étude quasi expérimentale non randomisée
Fraker et al., 2014	Décrire le rôle de l'ergothérapie pour la gestion des symptômes neuropsychiatriques en milieu clinique par l'utilisation de l'approche DICE.	Ne se base pas sur un échantillon spécifique de participants.	Revue de la littérature et une analyse des pratiques cliniques
El Haddad et al., 2018	Analyser l'évolution des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) chez les résidents de maisons de retraite après une relocalisation vers un établissement mieux adapté tout en conservant le même personnel.	116 résidents de maisons de retraite en France, dont 102 vivaient dans des unités ordinaires et 14 dans des unités de soins spécialisés.	Étude prospective à bras unique
Li, 2022	Présenter la mise en œuvre d'un programme innovant pour la démence qui est l'intervention par le jeu, dans un établissement de soins à Hong Kong.	17 résidents diagnostiqués avec un ou plusieurs types de démence, d'un foyer de soins publics situé au sein d'une communauté de logements sociaux à Hong Kong.	Étude conceptuelle avec approche transformative
Backhouse et al., 2018	Examiner comment la gestion des risques et des impacts des	Quatre maisons de retraite différentes en Angleterre. Celles-ci	Étude qualitative

	comportements problématiques des résidents par le personnel était liée aux droits humains de ces derniers.	ont impliqué des entretiens avec 40 membres du personnel et 46 participants, y compris des soignants et des gestionnaires.	
Cook et al., 2022	Explorer comment le personnel répond aux comportements sexuels indésirables et comprendre s'il considère le harcèlement comme un risque à gérer au travail, comme une violation inacceptable ou autre.	77 membres du personnel, résidents et membres de la famille dans 35 établissements de soins résidentiels en Nouvelle-Zélande.	Étude qualitative

Appendice B

Aperçu des interventions non pharmacologiques présentées

Tableau 2

Les différentes interventions non pharmacologiques

Interventions sur les causes sous-jacentes <ul style="list-style-type: none">• Traitement de la douleur (intervention pharmacologique)• Traitement de la dépression• Traitement des traumas psychologiques• Considération des caractéristiques individuelles• Prise en charge globale et considération des besoins individuels	Interventions alimentaires <ul style="list-style-type: none">• Ajustement de la consommation de caféine• Collaboration avec un(e) nutritionniste (choix alimentaires spécifiques : aliments sucrés et protéinés)
Interventions de structuration quotidienne et adaptation de l'environnement <ul style="list-style-type: none">• Routine adaptée aux capacités résiduelles• Programmes d'exercice• Collaboration avec un(e) ergothérapeute (approche DICE)• Relocalisation en unité adaptée	Interventions innovantes <ul style="list-style-type: none">• Intégration du jeu dans les pratiques de soins
Interventions de formation et de soutien <ul style="list-style-type: none">• Formations spécialisées• Renforcements des politiques et du leadership clinique	

Évaluation continue et adaptation des pratiques en fonction des contextes de soins et des particularités individuelles des usagers