CURAVIVA

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

Contenu

Récapitulatif **2**

1. Symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démence – Contexte **4**

2. Évolution et facteurs déclenchants des SCPD **6**

3. Distinction entre SCPD et délirium **8**

4. Conditions préalables à une prise en charge efficace des SCPD **9**

5. Démarche structurée pour évaluer et traiter les SCPD **10**
5.1 Décrire 11
5.2 Examiner et comprendre 12
5.3 Traiter 12
5.4 Évaluer 15
5.5 Transfert dans la pratique 15
5.5.1. Analyse comportementale ABC 16
5.5.2 Serial Trial Intervention (STI) 17

6. Mesures psychosociales en cas de SCPD **18**
6.1 Mesures psychosociales 19
6.2 Offres de psychothérapie et de thérapie spécialisée 28

7. Mesures médicamenteuses en cas de SCPD **29**
7.1 Principes de traitement 29
7.2 Recours aux neuroleptiques dans le traitement des SCPD 29
7.3 Types de neuroleptiques 31
7.4 Effets indésirables des neuroleptiques 32
7.5 Surveillance et réduction des neuroleptiques 33
7.6 Autres options médicamenteuses en cas de SCPD chez les personnes atteintes de démence 34

8. Ressources complémentaires **36**
8.1 Démarche structurée pour évaluer et traiter les SCPD 36
8.2 Mesures psychosociales et médicamenteuses en cas de SCPD 37
8.3 Relations avec les personnes atteintes de démence 37
8.4 Gestion du délirium 37

9. Bibliographie **38**

Association de branche de
ARTISET
Fédération des prestataires de services pour personnes ayant besoin de soutien

CURAVIVA

Récapitulatif

Ce guide s'adresse à l'ensemble des groupes professionnels de la santé qui accompagnent des personnes atteintes de démence dans les soins stationnaires de longue durée. Les personnes atteintes de démence manifestent souvent des comportements décrit par l'expression «symptômes comportementaux et psychologiques de la démence» abrégée SCPD (ou BPSD pour behavioral and psychological symptoms of dementia). Ces comportements comprennent par exemple l'agressivité, l'agitation, la dépression, l'anxiété, l'apathie ou la désinhibition, et confrontent régulièrement l'équipe soignante au défi de savoir comment y faire face au mieux.

Les neuroleptiques interviennent souvent dans les traitements. Ceux-ci présentent toutefois des interactions et des effets indésirables tels que la somnolence, des symptômes extrapyramidaux, des chutes, un délirium, des accidents cérébrovasculaires et entraînent une augmentation de la mortalité. Par conséquent, les mesures psychosociales[1] axées sur la relation, l'organisation du quotidien et l'aménagement de l'environnement ont donc toujours la priorité.

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

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

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

1. Décrire: la nature, la fréquence, le degré de gravité et la charge causée par les symptômes sont saisis, de même que le lien éventuel avec les heures de la journée, les lieux, les personnes et les circonstances, sans oublier les possibles signes avant-coureurs et facteurs déclenchants. L'identification de ces différents éléments se fait au sein de l'équipe soignante interprofessionnelle, en collaboration avec les proches et, si possible, avec la personne concernée. L'inventaire neuropsychiatrique peut servir d'instrument d'évaluation.
2. Examiner/comprendre: dans un deuxième temps, les causes sous-jacentes, et celles sur lesquelles il est possible d'agir, sont identifiées. L'analyse comportementale ABC, la Serial Trial

[1] Nous avons remplacé de manière systématique le terme traditionnel, et très largement utilisé notamment dans la littérature médicale spécialisée, de «mesures non médicamenteuses» par l'appellation «mesures psychosociales». En raison du préfixe de négation «non» dans la désignation «non médicamenteux», il peut se dégager l'impression que les mesures médicamenteuses seraient les mesures véritables et importantes — et qu'il existerait, à côté, d'autres mesures, moins efficaces ou moins fondées sur des données probantes. Même si toutes les mesures ne faisant pas appel à des médicaments ne sont pas, au sens strict ou exclusivement, «psychosociales» (p. ex. l'éclairage, l'activité physique), cette désignation nous semble être la meilleure alternative à «non médicamenteux».

Intervention (STI) ou le modèle WELCOME-IDA offrent un cadre d'aide pour identifier les différents besoins susceptibles de conduire à certains comportements[2]. Pour commencer, des évaluations appropriées doivent permettre d'exclure la présence d'un délirium. Ici, des instruments tels que I-AgeD, DOS, CAM ou 4AT peuvent être utilisés.

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

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

Si certains cas le justifient, le recours à des neuroleptiques peut être envisagé; toutefois, en l'absence de symptômes psychotiques tels que des hallucinations ou des idées délirantes, ils ont un effet très limité sur les SCPD et sont le plus souvent utilisés uniquement pour leurs propriétés sédatives. En revanche, tous les neuroleptiques peuvent avoir des effets secondaires sévères et leur utilisation requiert au préalable une appréciation minutieuse des avantages et des préjudices, en concertation avec la personne concernée (si c'est possible) et ses proches:

- En cas de SCPD, les neuroleptiques sont prescrits lorsque des mesures psychosociales ne sont pas suffisamment efficaces, que la symptomatologie visée est très grave et pénible et que la personne habilitée à décider donne son accord. L'indication principale concerne les symptômes psychotiques tels que les délires et les hallucinations.

[2] Une approche plus récente pour comprendre la dynamique des SCPD et répondre, de manière situationnelle, aux besoins sous-jacents des personnes concernées est le concept GeVAV (pour «**Ge**hört [entendu], **V**erstanden [compris], **A**ngenommen[accepté]» et «**V**erstehenshypothese [hypothèse de compréhension]»): Les «soins GeVAV de base identifient et reconnaissent les thèmes de vie centraux propres à chaque personne atteinte de démence, en particulier dans les situations de soins de base. Ils […] ont été développés dans le cadre du partenariat académie–pratique entre CURAVIVA et l'Université de Bâle, puis mise en œuvre avec succès en 2024 dans un projet pilote grâce à la formation GeVAV» (https://basale-gevav-pflege.de/basale-gevav-pflege/) Les résultats de l'évaluation du projet GeVAV n'avaient pas encore été publiés au moment de la finalisation du présent guide.

- L'administration des neuroleptiques commence toujours par la plus faible dose possible, qui augmente ensuite progressivement, sur une période limitée.
- Ils sont réduits progressivement et non pas supprimés brusquement.
- L'équipe soignante surveille et documente leurs effets et effets secondaires.
- Leur prescription est méthodiquement évaluée et leur indication est vérifiée au moins toutes les quatre semaines.
- Après trois mois au plus tard, une première tentative d'arrêt du traitement est effectuée (ou du moins une réduction de la posologie).

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

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

Environ deux tiers des résidentes et résidents en établissement médico-social présentent des troubles neurocognitifs et sont atteints d'une forme de démence, même en l'absence de diagnostic correspondant (Anliker & Bartelt, 2015). Les équipes soignantes sont confrontées à des exigences élevées lorsque des personnes atteintes de démence en EMS manifestent des SCPD (Preuss et al., 2016). Les symptômes possibles des SCPD se traduisent par la dépression, l'euphorie, l'anxiété, le délire, les hallucinations, l'agitation, l'agressivité, l'apathie, la désinhibition et l'agitation motrice (Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024). Les symptômes les plus fréquents sont la dépression (54–64%) et l'agitation (38–64%), suivis par l'apathie (33–63%) et l'agressivité (24–34%) (Preuss et al., 2016).

Les SCPD sont provoqués par l'interaction de différents facteurs, et pas seulement en raison de la maladie. Ces manifestations multifactorielles ont déjà été décrites au début des années 1970 par Bronfenbrenner dans le cadre du «modèle écologique du comportement humain» (Bronfenbrenner, 1977): le comportement humain n'est pas seulement déterminé par la personnalité, la biographie et la maladie, mais également par l'environnement, qui comprend aussi bien l'environnement social que des facteurs matériels, physiques, structurels et organisationnels.

Les SCPD sont très pénibles, aussi bien pour la personne concernée et ses proches que pour les équipes soignantes et les autres résidentes et résidents. La qualité de vie des personnes présentant des SCPD est altérée, leurs capacités pour les actes du quotidien se détériorent, leur déclin cognitif s'accélère et leur mortalité s'accroît (Bränsvik et al., 2020; Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024; van de Ven-Vakhteeva et al., 2013). La gestion des SCPD peut conduire à une surcharge, du stress et un sentiment d'impuissance chez le personnel soignant. La fréquence d'apparition d'un symptôme importe moins que la pénibilité vécue par le personnel et l'intensité du symptôme ressentie par les personnes atteintes de SCPD (Höwler, 2008; Song & Oh, 2015; Zwijsen et al., 2014). L'agitation et l'agressivité sont considérées comme particulièrement pesantes.

Exemple 1: effets secondaires d'un neuroleptique
Monsieur Linder, 84 ans, vit dans un groupe protégé pour personnes atteintes de démence et se trouve à un stade modéré de la maladie. À plusieurs reprises, il a fait preuve d'agressivité verbale et physique envers le personnel et les autres pensionnaires. En accord avec sa fille, et après avoir tenté en vain diverses mesures psychosociales, de la quétiapine lui a été administrée, d'abord à faible dose, puis progressivement plus élevée. Au bout d'un mois, Monsieur Linder a semblé de plus en plus fatigué, il ne pouvait plus manger seul, s'endormait durant les repas, avait moins d'entrain et ne s'intéressait presque plus à ce qui l'entourait. En accord avec le médecin traitant et la fille, la quétiapine a été efficacement diminuée. Parallèlement, une évaluation psychosociale systématique au moyen de l'analyse comportementale ABC a été réalisée; elle a aidé l'équipe soignante à identifier les facteurs déclenchants fréquents et à développer des stratégies de désescalade efficaces Désormais, Monsieur Linder est plus vif et intéressé, sans que son agressivité devienne incontrôlable.

Le plus souvent, des médicaments sédatifs psychotropes, appelés neuroleptiques, sont utilisés dans le traitement des SCPD, en plus des interventions psychosociales. L'objectif est de garder le contrôle de situations difficiles (Kales et al., 2015). Les neuroleptiques peuvent cependant avoir des effets secondaires indésirables graves. Certains neuroleptiques entrainent une somnolence accrue et des effets sédatifs (Yunusa et al., 2019). Selon le médicament prescrit, s'ajoutent des symptômes extrapyramidaux (p. ex. rigidité, tremblements, spasmes) ainsi qu'un risque accru d'accident vasculaire cérébral (Hsu et al., 2017) et de mortalité (Greenblatt & Greenblatt, 2016; Yeh et al., 2019; Yunusa et al., 2019). En outre, les neuroleptiques peuvent également agir de manière paradoxale et renforcer les symptômes ou déclencher un délirium. Même si les neuroleptiques sont souvent indispensables en présence de symptômes psychotiques et dans le traitement symptomatique du délirium, leur utilisation doit se faire sous une surveillance clinique régulière.

C'est la raison pour laquelle les interventions psychosociales doivent absolument toujours être prioritaires (Kales et al., 2015; Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024).

→ Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) peuvent être très pénibles, aussi bien pour la personne concernée elle-même que pour les équipes soignantes et les autres résidentes et résidents.

→ Le traitement intègre souvent des neuroleptiques. Ces derniers entrainent toutefois des interactions et des effets indésirables. Dès lors, les mesures psychosociales ont toujours la priorité dans le traitement des SCPD, avec une attention particulière sur la façon de gérer les relations, l'organisation du quotidien et l'aménagement de l'environnement. Elles doivent être maintenues et proposées même lorsque des médicaments psychotropes sont prescrits.

2. Évolution et facteurs déclenchants des SCPD

Au cours de leur maladie, 98% des personnes atteintes de démence sont concernées par un ou plusieurs SCPD. Les SCPD sont la raison la plus fréquente de l'entrée en établissement médico-social (Kales et al., 2014). Certaines formes de démence favorisent le cumul de SCPD spécifiques, par exemple la dépression en cas de démence vasculaire, les hallucinations en cas de démence de corps de lewy ou encore la désinhibition et la déambulation avec la démence fronto-temporale (Preuss et al., 2016). Des modifications apparaissent également au cours de la maladie, par exemple une augmentation de l'agitation et de l'apathie au fil du temps ainsi que l'apparition d'épisodes d'idées délirantes, des hallucinations et de l'agressivité au stade intermédiaire ou avancé de la démence (Preuss et al., 2016).

L'apparition des SCPD est multifactorielle. D'une part, ils sont causés par des lésions du cerveau et par des modifications dans la neurotransmission (Kales et al., 2015; Tible et al., 2017). D'autre part, les changements neurodégénératifs liés à une démence agissent sur la capacité de la personne concernée à interagir avec d'autres personnes et avec son environnement. La perception situationnelle est altérée, ce qui augmente sa vulnérabilité aux facteurs de stress (Kales et al., 2015).

Les SCPD sont provoqués par l'action conjuguée de plusieurs facteurs, qui peuvent tenir, d'une part à la personne présentant des SCPD et à sa maladie, d'autre part au personnel soignant et à l'environnement (Kales et al., 2015). L'

Illustration ***1*** regroupe les facteurs d'influence qui reviennent souvent dans la littérature (Bartholomeyczik et al., 2006; Kales et al., 2015; Tible et al., 2017), et dont la répartition se réfère aux trois champs thématiques selon Kales et al. (personne avec SCPD, équipe soignante, environnement) Kales et al. (2015).

Parmi les facteurs déclenchants, il faut distinguer les facteurs qui se modifient (p.ex. la douleur, les besoins non satisfaits, la stimulation excessive) de ceux qui ne se modifient pas (p.ex. le type et le stade de la démence, la personnalité de la personnes atteinte de SCPD, les événements de la vie). Pour le traitement des SCPD, il est essentiel de repérer systématiquement, à l'aide d'un diagnostic compréhensif, les différents facteurs sur lesquels il est potentiellement possible d'agir, et d'en dégager des mesures à adapter individuellement à chaque personne atteinte de SCPD (Holle et al., 2011). Il est tout aussi important de recueillir des informations sur les facteurs non modifiables, car ils contribuent à une meilleure compréhension du comportement d'une personne atteinte de démence.

Personne atteinte de SCPD	Équipe soignante	Environnement
• Problèmes médicaux aigus (p.ex. infection, douleur, rétention urinaire, constipation), effets secondaires de médicaments • Besoins physiques, psychiques, émotionnels et/ou sociaux non satisfaits (p.ex. soif, fatigue, ennui) • Troubles sensoriels (vision, ouïe) *Non modifiables:* • *Changements neurodégénératifs* • *Type et stade de la démence* • *Traitement de l'information modifié* • *Modification de la neurotransmission et de la neuromodulation* • *Traits de personnalité* • *Prédisposition génétique* • *Maladies psychiatriques préexistantes* • *Histoire de vie*	• Manque de connaissances sur la démence et les SCPD • Manque de connaissances sur les techniques de communication (exemple validation) • Manque d'adéquation entre les attentes envers la personne avec SCPD et la gravité de la démence, avec pour conséquence une sollicitation excessive, une atteinte à l'estime de soi ou un manque de respect de la volonté de la personne avec SCPD. • Stress, accablement, dépression • Ressources limitées	• Caractéristiques physiques de l'environnement telles que l'architecture, le design, la couleur, la lumière, la température, les bruits, l'espace • Environnement insécurisant, manque de repères • Changement dans l'environnement physique ou social • Stimulation excessive, absence de stimulation • Manque d'activité • Organisation du temps lacunaire ou modification dans la façon de procéder

Facteurs déclenchants pour:

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Illustration 1: Facteurs d'influence sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (en référence à (Bartholomeyczik et al., 2006; Kales et al., 2015; Tible et al., 2017), en italique, les facteurs non modifiables)

→ L'apparition des SCPD est toujours multifactorielle

→ Pour le traitement, il est important de repérer systématiquement les facteurs déclenchants chez la personne atteinte de SCPD, chez le personnel soignant et dans l'environnement.

3. Distinction entre SCPD et délirium

Les personnes âgées présentent divers facteurs de risque de développer un délirium, par exemple la multimorbidité et la polymédication. En particulier, les infections et les médicaments aux effets anticholinergiques ou sédatifs (p.ex. les benzodiazépines) peuvent favoriser le délirium (Savaskan et al., 2016). Il convient de distinguer soigneusement les SCPD des symptômes d'un délirium. Chez les personnes atteintes de démence, tout changement de comportement doit faire penser à un délirium. Les symptômes peuvent être les mêmes que dans le cas de SCPD; un changement brutal suppose cependant plutôt un délirium (Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024). À cela s'ajoute le fait que les personnes atteintes de démence présentent une vulnérabilité accrue au développement d'un délirium.

Un délirium présente typiquement les caractéristiques représentées dans l'Illustration 2.

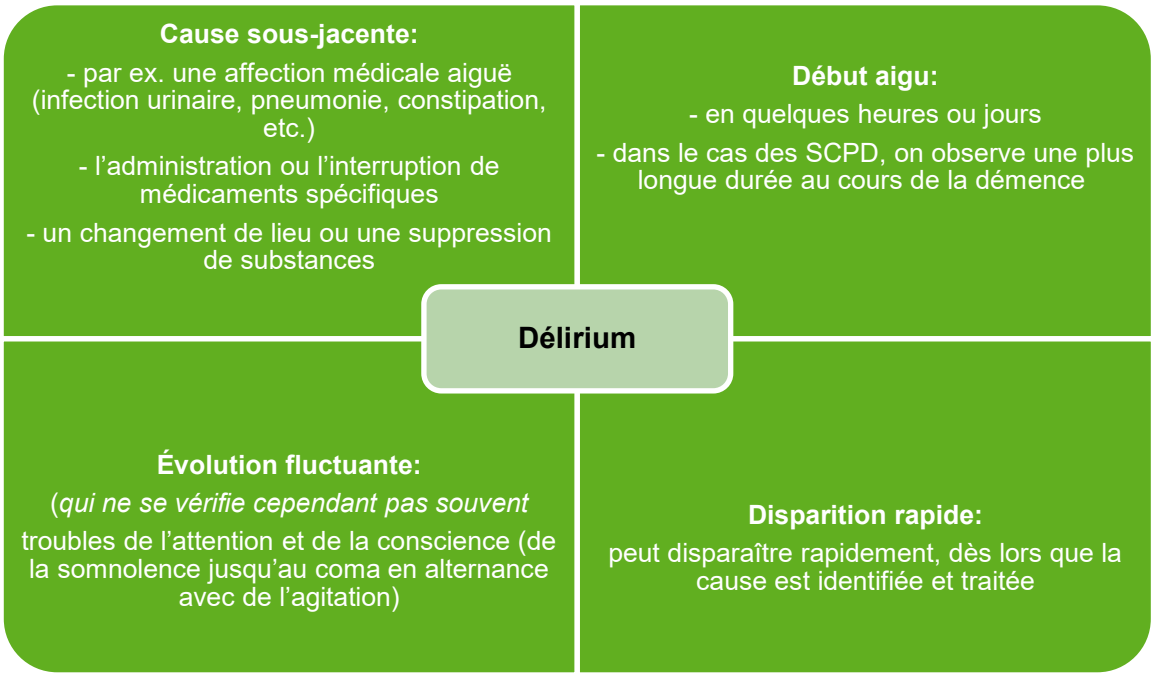

Illustration 2: Caractéristiques d'un délirium

En particulier, une agitation nouvelle ou accrue, des changements dans le rythme entre veille et sommeil et les sautes d'humeur peuvent indiquer un délirium chez les personnes qui présentent des SCPD (Abengaña et al., 2017). Pour l'identification d'un délirium, on peut utiliser les échelles DOS et CAM, ainsi que les outils plus récents 4AT et I-AgeD (Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024). La prise en charge de la maladie déclenchante, la suppression des médicaments mis en cause ou des autres facteurs déclenchants ainsi que la mise en place de mesures psychosociales peuvent contribuer au traitement des symptômes d'un délirium.

Les personnes avec des SCPD préexistants auront besoin de davantage de temps pour se rétablir que celles qui ne présentent pas de SCPD (Cloak & Al Khalili, 2020).

→ Les personnes atteintes de SCPD peuvent également développer un délirium et doivent bénéficier d'un traitement spécifique.

→ Les symptômes des SCPD et ceux du délirium se ressemblent fortement et sont difficiles à différencier.

→ La principale différence entre les SCPD et le délirium réside dans l'apparition soudaine et les fortes fluctuations des symptômes du délirium, ainsi que dans leur disparition après le traitement des facteurs déclenchants.

→ Les échelles DOS, CAM, 4AT et I-AgeD sont des outils de dépistage du délirium.

4. Conditions préalables à une prise en charge efficace des SCPD

La recherche sur l'accompagnement, les soins et le traitement des personnes présentant des SCPD montre que l'efficacité des interventions évaluées est très inconstante, c'est-à-dire qu'il existe de grandes différences quant à l'ampleur et à la durabilité avec lesquelles une même intervention contribue, selon les contextes, à la réduction des SCPD. Il existe de nombreux indices indiquant que cela est lié à certains facteurs contextuels. Ainsi, une revue réaliste de Caspar et al. (2018) a montré que l'efficacité des interventions psychosociales visant à réduire les SCPD dépend fortement du degré de développement, au sein de l'institution, d'une culture organisationnelle et d'équipe centrée sur la personne, dans laquelle les besoins et les ressources individuels de toutes les personnes concernées (et pas «seulement» ceux des résident·es, mais aussi, par exemple, des proches et des collaborateurs·trices) sont perçus et valorisés, et où des valeurs telles que la participation, le partenariat, la confiance mutuelle et l'empowerment sont réellement vécues. En outre, une attitude compréhensive et exploratoire des collaborateurs·trices au sein de l'équipe interprofessionnelle de prise en charge contribue de manière déterminante à l'efficacité des interventions. Cela se manifeste notamment par le fait que les SCPD ne sont pas expliqués et compris de manière purement biomédicale, mais bien plutôt comme un phénomène multifactoriel accordant une forte pondération aux facteurs psychosociaux.

→ Une prise en charge réussie des SCPD suppose une culture organisationnelle et d'équipe centrée sur la personne, ainsi qu'une attitude compréhensive de la part des collaborateurs·trices.

Mais comment les cultures organisationnelles et d'équipe, ainsi que les attitudes des collaborateurs·trices, peuvent-elles être modifiées? Cette question est débattue de manière intensive dans la littérature spécialisée depuis les années 1980. C'est l'*International Practice Development Collaborative* qui s'est penché de la manière la plus approfondie, tant sur le plan scientifique que pratique, sur cette thématique (von Dach & Mayer, 2023). Sous l'expression de «développement de la pratique centrée sur la personne», des principes et des méthodes ont été élaborés afin d'initier, de soutenir et d'accompagner des changements durables de culture et de posture centrés sur la personne au sein des organisations et des équipes.

Les principaux principes du développement de la pratique centrée sur la personne:

- Soutien des processus de changement par une animation compétente (facilitators)

- Participation équitable aux activités de développement de la pratique par autant que possible toutes les personnes concernées ou appelées à l'être par le changement (participation)
- La créativité, les émotions et l'expérimentation ludique sont tout aussi importantes dans les activités de développement de la pratique que la planification, la rationalité et le contrôle (hémisphères gauche et droit du cerveau)
- Un temps et un espace suffisants pour le travail de développement (ressources).
- Un soutien engagé du développement de la pratique par l'organe de direction (engagement)

5. Démarche structurée pour évaluer et traiter les SCPD

Les personnes atteintes de démence développent différentes formes de SCPD pour des raisons diverses. Cela implique que, pour chaque personne concernée, les causes, les facteurs déclenchants et les motivations individuels des comportements doivent être identifiés. Afin de pouvoir mettre en place une prise en charge et un traitement individualisés et centrés sur la personne, une démarche systématique et structurée est nécessaire. Pour les professionnel·les, il s'agit de développer une compréhension des facteurs qui contribuent au comportement actuellement difficile d'une personne atteinte de démence. Il convient notamment de prendre en compte les besoins individuels de la personne, le contexte situationnel, mais aussi, par exemple, les processus au sein de l'équipe.

Le concept global de «diagnostic compréhensif» comprend un processus systématique visant à développer, au sein de l'équipe interprofessionnelle de prise en charge, et avec les proches ainsi que les personnes concernées (dans la mesure du possible), une compréhension partagée des motivations et des facteurs déclenchants des SCPD.

Il existe de nombreuses approches différentes pour une démarche structurée de prise en charge des SCPD dans le sens du diagnostic compréhensif[3]. Tous ces modèles se caractérisent par une approche structurée selon les quatre étapes suivantes. La description des quatre étapes se réfère ici à l'algorithme[4] BPSD-DATE (Tible et al., 2017). Celui-ci est recommandé par des spécialistes dans une publication de l'Office fédéral de la santé publique, dans le cadre de la Stratégie nationale en matière de démence, pour identifier les causes et les facteurs déclenchants des SCPD et pour prendre et évaluer des mesures idoines (Bundesamt für Gesundheit, 2019). Les quatre étapes comprennent:

1. **Décrire le comportement et mesurer les symptômes** afin de déterminer comment le comportement se manifeste, quels pourraient être les facteurs déclenchants et les motivations sous-jacents, dans quel contexte il survient et quelle influence peuvent avoir les dynamiques familiales et/ou d'équipe.
2. **Analyser** les informations recueillies en vue de l'explicabilité et de la compréhension des SCPD, de l'apprentissage commun ainsi que de l'identification des facteurs pathogènes et des comorbidités, afin de comprendre le comportement.
3. La phase **traiter** comprend le travail sur les facteurs modifiables, ainsi que l'information et le soutien de l'équipe soignante dans la gestion des facteurs non modifiables, la mise en œuvre

[3] p. ex. STI, WELCOME-IDA, DICE
[4] BPSD-DATE: décrire, analyser, traiter et évaluer

de mesures psychosociales et du traitement médicamenteux, par exemple de la douleur, ainsi que, si nécessaire, le recours aux psychotropes.

4. La phase **évaluer** comprend l'appréciation de la faisabilité et de l'efficacité des interventions au regard du comportement et du bien-être de la personne résidente ainsi que de l'équipe soignante (stress, charge de travail). Les conséquences indésirables ou les effets secondaires sont évalués (Bundesamt für Gesundheit, 2019).

5.1 Décrire

Exemple 2: rôle des proches

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

Dans cet exemple, dans un premier temps, les symptômes sont précisément décrits. Il n'y a pas que la nature, la fréquence, le degré de gravité et la charge causée par les symptômes qui sont pris en compte. Le comportement est également mis en relation avec le moment de la journée, le lieu où il se produit ainsi que les personnes présentes et les circonstances, afin de pouvoir identifier d'éventuels signes avant-coureurs ou les facteurs déclenchants. Pour ce faire, le dialogue est recherché au sein de l'équipe soignante, le cas échéant avec les proches et la personne concernée si c'est possible. Les proches sont de précieux alliés pour comprendre les habitudes et les besoins, y compris dans le contexte de l'histoire de vie des personnes avec des SCPD. Il importe également de clarifier quels symptômes sont pénibles ou problématiques pour la personne avec des SCPD et/ou l'équipe soignante.

Divers instruments d'évaluation peuvent être utiles pour décrire les SCPD. Dans le cadre de la stratégie nationale en matière de démence, l'inventaire neuropsychiatrique NPI de Cummings est recommandé (Bundesamt für Gesundheit, 2019; Cummings et al., 1994). Il permet de mesurer la fréquence, le degré de gravité et la charge induite des douze différents SCPD. En tant qu'évaluation ciblée, il permet un recueil complet des données, leur comparabilité et, par conséquent, l'évaluation de l'évolution de la maladie (Bundesamt für Gesundheit, 2019). Dans le cadre du diagnostic compréhensif, l'analyse comportementale ABC (James & Jackman, 2019) ainsi que WELCOME-IdA (Buscher et al., 2012) peuvent être utilisés pour une évaluation globale. WELCOME-IdA comprend une évaluation complète de 19 pages; dans la pratique quotidienne, seules certaines parties peuvent également être utilisées (Buscher et al., 2012).[5] Ce qui importe, c'est une appréciation globale de la personne avec SCPD, qui prend en considération les dimensions physique, psychique, sociale et spirituelle pour rechercher les causes et initier les mesures. L'analyse comportementale ABC peut, avec peu de temps et d'efforts organisationnels, être mise en

[5] Les questions relatives à des événements particuliers survenus avant la première apparition des SCPD, aux moments de la journée où les SCPD se manifestent, à leur fréquence, au lieu de survenue, aux personnes habituellement présentes ainsi qu'au caractère pénible ou désagréable du comportement pour la personne concernée elle-même, pour les co-résident·es ou pour le personnel sont centrales pour l'évaluation.

œuvre plus facilement dans la pratique quotidienne des soins et intégrée aux discussions de cas que WELCOME-IdA. Elle est expliquée plus en détail au point 5.5.1.

5.2 Examiner et comprendre

Dans un deuxième temps, dans le cadre du diagnostic compréhensif, il s'agit d'identifier ou d'exclure les causes sous-jacentes, les facteurs déclenchants et les motivations, et de formuler une hypothèse de compréhension du comportement problématique (DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), 2019; Holle et al., 2011).

L'échelle d'évaluation STI (Serial Trial Intervention) (Fischer et al., 2007; Güther et al., 2021; Pieper et al., 2016) indique l'ordre dans lequel les causes possibles peuvent être examinées (cf. 5.5.2). Par une procédure d'exclusion, des pistes explicatives liées à la personne avec SCPD, à l'équipe de soins ou à l'environnement sont recueillies, analysées de manière spécifique et ensuite évaluées. Il y a lieu ici de considérer la dimension multifactorielle des SCPD; ils apparaissent souvent dans l'interaction entre la personne atteinte de SCPD, le personnel soignant et l'environnement. La compréhension du comportement est essentielle pour pouvoir mettre en place des mesures centrées sur la personne, dans le but de modifier le comportement et/ou de mieux y faire face.

5.3 Traiter

Dans une troisième étape, l'équipe soignante interprofessionnelle développe et met en place un plan de traitement, en collaboration avec les proches et, si possible, avec la personne concernée. À ce propos, on distingue en général entre les interventions médicales et psychosociales. En premier lieu, les causes et facteurs déclenchants modifiables sont pris en charge au moyen de mesures psychosociales (voir Tableau 1) (Kales et al., 2015).

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

Exemple 3: cause médicale des SCPD

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

Kales et al. (2015) donnent divers exemples d'interventions psychosociales qui agissent sur les facteurs déclenchants modifiables (cf. Tableau 1). La mise en place de mesures psychosociales adaptées à la situation de la personne présentant des SCPD passe par une discussion de cas ou un échange au sein de l'équipe soignante. L'équipe de traitement interprofessionnelle comprend aussi bien le personnel soignant que le service médical, ainsi que les thérapeutes (physiothérapie, ergothérapie, activation, musicothérapie et art-thérapie) et l'aumônerie. Une discussion de cas réunissant l'ensemble des intervenants permet

de prendre en compte différentes perspectives, de se reconnaître mutuellement et de développer conjointement des mesures adaptées, qui auront ensuite plus de chances d'être mises en œuvre et évaluées par toute l'équipe de traitement. Un bon outil structurant pour une discussion de cas interprofessionnelle est fourni par l'instrument et la démarche méthodologique WELCOME-IdA, décrits plus en détail dans l'étude de Buscher et al. (2012)[6].

Facteurs déclenchants modifiables	Exemples de mesures
Personne atteinte de SCPD	
Besoins non satisfaits	• Répondre aux besoins, par exemple la faim, la soif, l'élimination régulière, l'anxiété, le besoin de proximité émotionnelle.
Déficit sensoriel	• Utiliser des aides visuelles et auditives
Troubles cognitifs avec cumuls aggravants et difficultés à appréhender les situations	• Expliquer, simplifier les situations pour les personnes atteintes de démence • Percevoir, respecter et prendre au sérieux la situation individuelle et le contexte de vie des personnes atteintes de démence • Créer des zones de confort individuelles • Aborder des thématiques de la vie et les intégrer dans les interactions
Personnel soignant	
Posture, attitude: • Manque de posture compréhensive et investigatrice des collaborateurs·trices au sein de l'équipe interprofessionnelle de traitement • Dominance d'une approche biomédicale de la démence • Âgisme (préjugés majoritairement inconscients et négatifs à l'égard des personnes âgées)	• Recrutement • Promotion d'une culture centrée sur la personne (développement participatif des pratiques) • Promotion d'une approche biopsychosociale de la démence • Supervision
Manque de connaissances et/ou de compétences spécifiques à la démence Pression du temps, stress, charge de travail, surcharge de la personne atteinte de démence	• Formation continue, entraînement, développement des pratiques • Discussions interprofessionnelles et éthiques de cas • Approche adaptée à la démence, par exemple en matière de relation, d'établissement de contacts et de la confiance, et de

[6]Le «Guide du travail d'intervision» de Curaviva propose d'autres pistes pour structurer les discussions de cas (https://artiset.ch/files/artiset/themen_18_bei_demenz_begleiten/guide_du_travail_dintervision_curaviva_2025.pdf).

Facteurs déclenchants modifiables	Exemples de mesures
	flexibilité (Alzheimer Schweiz & Bundesamt für Gesundheit, 2020) • Comprendre les personnes atteintes de une démence et leur donner une voix, les soutenir et les représenter au sein de l'équipe interprofessionnelle. • Grâce à leur proximité avec les personnes atteintes de démence, les soignant·es développent une compréhension globale de la situation individuelle de chaque personne • Ressources en personnel et planification des services adéquates • Sensibilité au «moral distress» chez le personnel soignant; mesures préventives et de soutien (réflexion, accompagnement, renforcement de la résilience)
Compréhension et comportement en matière de communication	• S'exercer aux techniques de communication adaptées à la démence et les appliquer, notamment une communication ajustée aux capacités cognitives, respectueuse et empathique, la validation ainsi que la communication corporelle (kinesthésie, stimulation basale).
Environnement (social et spatial)	
Sur-stimulation ou sous-stimulation	• Réguler la stimulation, par exemple en réduisant le bruit (radio, télévision), proposer des activités porteuses de sens et éventuellement orientées par la biographie, ainsi que des temps de repos suffisants. • Possibilités de retrait en cas de surcharge sensorielle. • Mesures apaisantes ou stimulantes (p. ex. massages, aromathérapie, Snoezelen, musique, danse).
Structures mal définies, manque de repères	• Planifier suffisamment de temps pour des activités porteuses de sens (p. ex. l'approche Montessori; les 12 interactions positives renforçant le sentiment de personne selon Kitwood).

Facteurs déclenchants modifiables	Exemples de mesures
	• Rendre perceptibles et tangibles pour les personnes atteintes de démence les structures jour/nuit, hebdomadaires et les routines de la vie quotidienne • Développer et utiliser des rituels personnalisés

Tableau 1: Exemples de mesures pour les facteurs déclenchants modifiables des SCPD (structuration selon Kales et al. (2015))

Les médicaments psychotropes n'entrent en ligne de compte que si les éventuelles solutions aux problèmes médicaux et les mesures psychosociales restent sans effets sur la modification des éléments déclenchants et si le symptôme cible est particulièrement pénible pour la personne concernée et/ou pour le personnel soignant. Le traitement prescrit par le service médical est mis en œuvre en accord avec la personne concernée ou ses proches habilités à la représenter. Dans une telle situation, il y a toujours lieu de soupeser les bénéfices procurés par le traitement et les inconvénients des effets secondaires indésirables (cf. chapitre 7: mesures médicamenteuses en cas de SCPD).

5.4 Évaluer

Dans la quatrième étape, l'équipe de soins, en collaboration avec les proches et la personne concernée, évalue les interventions mises en oeuvre du point de vue de leur efficacité et sécurité. L'évaluation doit permettre de savoir si les symptômes cibles se sont améliorés et si des effets indésirables ou des incidences sont apparus. Avant l'utilisation de psychotropes, un examen clinique avec analyses de laboratoire et ECG doit être réalisé, puis répété régulièrement pendant toute la durée du traitement. L'efficacité et les effets secondaires possibles sont continuellement surveillés et l'indication pour la prescription de tels médicaments vérifiée.

Décision est alors prise quant à la nécessité de poursuivre leur administration ou à la possibilité de les réduire (cf. chapitre 7.3 Monitoring et réduction des neuroleptiques).

5.5 Transfert dans la pratique

L'application de l'analyse comportementale ABC et de la Serial Trial Intervention (STI) est expliquée plus en détail pour une utilisation dans la pratique quotidienne. Il est recommandé de mettre en œuvre, au sein de l'établissement médico-social, l'une des méthodes ou processus décrits, en tenant compte du temps et des ressources en personnel nécessaires, afin que cette démarche structurée puisse être appliquée dans les situations problématiques chez les personnes atteintes de démence et présentant des SCPD. Dans toutes les approches de la diagnostique compréhensive (5.5.1) ainsi que dans la STI (5.5.2), trois dimensions sont prises en compte:

1. Identification des causes possibles et des facteurs déclenchants du comportement problématique;
2. Évaluation de la charge induite pour la personne concernée et son environnement;

3. Élaboration et mise en œuvre, au sein de l'équipe interprofessionnelle, de mesures psychosociales centrées sur la personne visant à réduire ou à prévenir le comportement.

5.5.1. Analyse comportementale ABC

Le chercheur en comportement influent B. F. Skinner a postulé, dans les années 1950, que le comportement ne peut pas être compris comme une simple réaction passive aux stimuli. L'individu ajuste au contraire en permanence son comportement en fonction des conséquences de ses comportements antérieurs et cherche à influencer son environnement en sa faveur. C'est de cette approche qu'est issue, dans les années 1960, l' «analyse comportementale ABC», qui a été et reste largement diffusée et utilisée notamment en pédagogie spécialisée ainsi qu'en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Cooper et al., 2019). Les aspects suivants sont distingués:

A (pour **A**ntecedents = ce qui précède): Que s'est-il passé avant que la personne ne commence à adopter le comportement problématique? Qu'est-ce qui a conduit au comportement problématique? Qui et quoi y ont contribué?

B (pour **B**ehaviour = comportement): Comportement observable: Comment le comportement problématique s'est-il manifesté concrètement? Quels motifs ou intentions de la personne peut-on en déduire?

C (pour **C**onsequences = conséquences): Quels effets le comportement problématique a-t-il eu sur l'environnement de la personne et sur elle-même? Comment les personnes qui l'accompagnaient et les autres personnes présentes ont-elles réagi au comportement problématique? Le comportement problématique a-t-il pu être atténué? Ou s'est-il même intensifié? Quel effet ces conséquences ont-elles sur le comportement futur de la personne?

Dans les années 1980, l'analyse comportementale ABC a également été adoptée pour la prise en charge des SCPD (Burgio & Burgio, 1986), puis, à partir des années 2000 – principalement à l'initiative du gérontopsychologue britannique Ian A. James et de ses collègues – elle a été largement rendue utilisable dans la recherche et la pratique spécifiques à la démence (James & Jackman, 2019).

Pour l'application de l'analyse comportementale ABC, la démarche suivante est recommandée:

1. Au sein de l'équipe interprofessionnelle, les points suivants sont régulièrement abordés lors des rapports, visites, réunions d'équipe, etc.:
   - Quels résident·es présentent des SCPD?
   - De quels symptômes s'agit-il précisément?
   - À quelle fréquence et avec quelle intensité ces symptômes apparaissent-ils?
   - Dans quelle mesure ces symptômes sont-ils éprouvants pour les personnes concernées, leurs proches ainsi que pour le personnel soignant?
2. En présence de symptômes fréquents, très perturbateurs et fortement éprouvants, des «comportements cibles» sont définis, c'est-à-dire que l'on détermine quels comportements d'une personne atteinte de démence feront l'objet d'une attention particulière au cours des prochains jours.
3. L'ensemble des collaborateurs·trices (en particulier dans les soins et l'accompagnement) sont instruit·es sur la manière de documenter, pendant une phase d'observation définie, chaque oc-

currence du comportement cible selon la structure ABC. Il est recommandé de toujours commencer par une description précise du comportement observé (B), puis de consigner le plus fidèlement possible les antécédents (A) et, en dernier lieu, les conséquences (C), c'est-à-dire tout ce qui s'est produit après le début du comportement problématique

4. À l'issue de la phase d'observation, la documentation ABC est analysée par une personne spécialisée désignée (p. ex. la personne de référence en soins, un·e expert·e en soins) selon les critères suivants: Sous A, des moments, lieux et/ou situations typiques dans lesquels le comportement s'est manifesté ont-ils été documentés? Des facteurs déclenchants spécifiques du comportement peuvent-ils être identifiés? Des schémas se dégagent-ils des comportements documentés sous B? Observe-t-on des différences dans les comportements observés selon la situation, le moment de la journée, l'atmosphère, etc.? La rubrique C permet-elle de mettre en évidence quelles conséquences le comportement a eues à chaque fois et quels effets les réactions, par exemple du personnel soignant et/ou des autres résident·es, ont exercé sur ce comportement?
5. Sur la base des résultats de l'analyse (4.), une planification individualisée des soins (PIS) est élaborée lors d'une discussion de cas7 (Albisser Schleger et al., 2019; Buscher et al., 2012; Kocks & Segmüller, 2019). Les résultats de la discussion de cas sont ensuite reportés dans la documentation et la planification des soins (PIS), et l'ensemble de l'équipe de soins est informé conformément aux directives de l'établissement. La PIS doit contribuer, selon les situations, à éviter les déclencheurs possibles et à appliquer des options d'action afin de pouvoir mettre en œuvre, de manière centrée sur la personne, des mesures face à un·e résident·e en situation difficile. Une date est fixée pour l'évaluation.
6. Poursuite de la documentation ABC jusqu'à la date d'évaluation fixée.
7. Les mesures sont évaluées à la date prévue par la personne spécialisée responsable sur la base de la documentation ABC depuis le début de la mise en œuvre du plan d'actions.

5.5.2 Serial Trial Intervention (STI)

La Serial Trial Intervention (voir point 4.1) soutient, en cinq étapes, une évaluation structurée, une priorisation des causes possibles, ainsi que la planification et la mise en œuvre de mesures, dans le but de réduire les symptômes des SCPD. Si l'évaluation à une étape donnée est négative, ou si les mesures mises en œuvre ne permettent pas d'atténuer les symptômes, il est alors procédé à l'étape suivante (Fischer et al., 2007; Pieper et al., 2016; Savaskan, Georgescu, & Zúñiga, 2024).

- Dans la **première étape**, des évaluations physiques sont réalisées. Il s'agit ici d'identifier des besoins fondamentaux non satisfaits (p. ex. faim, soif, besoins d'élimination, aides visuelles et auditives). Ainsi que de réaliser une analyse des besoins physiques, axée sur les causes probables des symptômes comportementaux, telles que la douleur ou d'autres affections somatiques, effectuée par les infirmier·ères et par la médecin ou le médecin traitant.
- Dans une **deuxième étape**, les évaluations se concentrent sur l'identification des besoins affectifs, notamment les besoins psychosociaux et liés à l'environnement (p. ex. orientation, rythme quotidien,

[7] p. ex. une discussion de cas basée sur l'évaluation (Assessment-gestützte Fallbesprechung, Buscher et al. 2012), une consultation de cas collégiale (Kollegiale Fallberatung, Kocks et al. 2019) ou, le cas échéant, une discussion de cas éthique (ethische Fallbesprechung, Albisser Schleger et al. 2019). Voir également le Guide du travail d'intervision de CURAVIVA (note de bas de page 6).

participation, reconnaissance). Pour les deux premières étapes de la STI, et plus particulièrement pour l'étape 2 (évaluation affective), l'analyse comportementale ABC (voir ci-dessus) peut fournir des informations précieuses.

- Dans une **troisième étape**, une tentative est effectuée avec des mesures psychosociales, adaptées de manière situationnelle et individuelle à la personne présentant des SCPD. (Voir chapitre 6).
- Dans une **quatrième étape**, une administration d'analgésiques est effectuée à titre d'essai (même en l'absence de signes manifestes de douleur). À cette étape, les analgésiques peuvent être introduits pour la première fois, ou une augmentation de la posologie du traitement de base peut être effectuée, ou une administration à partir de la réserve. En cas de succès, une adaptation du traitement de base est recommandée.
- Dans la **cinquième étape**, une tentative de traitement par psychotropes est effectuée (p. ex. antidémentiels, antidépresseurs, neuroleptiques). Une concertation au sein de l'équipe interprofessionnelle est présupposée avant le recours aux psychotropes (voir chapitre 7: Mesures médicamenteuses en cas de SCPD).

Les cinq étapes sont répétées jusqu'à ce qu'une réduction de la symptomatologie des SCPD soit atteinte. La démarche progressive met en évidence la priorité accordée aux examens infirmiers et médicaux ainsi qu'à l'application de mesures psychosociales, avant le recours aux psychotropes. Lors de l'application de la STI, il convient de prendre en compte les ressources en temps et en personnel (Fischer et al., 2007; Pieper et al., 2016; Savaskan, Georgescu, & Zúñiga, 2024).

6. Mesures psychosociales en cas de SCPD

Les recommandations publiées en 2024 concernant le diagnostic et le traitement des SCPD offrent un aperçu approfondi et orienté vers la pratique de l'état actuel des connaissances scientifiques et des pratiques en matière de diagnostic et de prise en charge des SCPD (Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024). Une large gamme de mesures psychosociales a été nouvellement prise en compte. Celles-ci peuvent être intégrées dans le quotidien des soins et renforcent les compétences des équipes de soins et d'accompagnement afin de répondre de manière adéquate aux besoins des personnes présentant des SCPD et de développer des mesures centrées sur la personne.

Dans la prise en charge des SCPD, le recours aux mesures psychosociales constitue toujours la première option thérapeutique. Ce n'est que lorsque ces mesures soignantes, psychosociales ou thérapeutiques ne montrent aucun effet que le recours à des médicaments est envisagé (voir chapitre 7). Des études montrent que l'application de procédures structurées de résolution de problèmes, telles que par exemple la STI (voir point 5.5.2), peut réduire à la fois la fréquence des SCPD et le recours aux psychotropes (Kovach et al., 2006; Pieper et al., 2016). Les données probantes relatives à l'efficacité des mesures psychosociales et des thérapies non médicamenteuses ne permettent pas de tirer des conclusions fiables, en raison de l'incohérence des plans de recherche, d'analyses et de rapports. Cela peut toutefois être partiellement compensé par l'expérience clinique des expert·es (Birkenhager-Gillesse et al., 2018; Bray et al., 2021; Legere et al., 2018). En principe, lors du choix et de la mise en œuvre de mesures psychosociales et de thérapies non médicamenteuses, il convient toujours de tenir compte des capacités, ressources, besoins et préférences individuels des personnes concernées présentant des SCPD (Wang

et al., 2018). Dans la revue de Wang et al., 41 études sur 64 ont montré qu'au moins un symptôme pouvait être réduit de manière significative grâce à des mesures psychosociales.

Les mesures psychosociales peuvent, en principe, être classées en fonction des facteurs d'influence en mesures qui (a) s'adressent directement à la personne présentant des SCPD, (b) modifient l'environnement (p. ex. éviter la surcharge sensorielle et le surmenage, structurer le rythme quotidien), ou (c) concernent l'équipe soignante, par exemple la formation à la communication avec des personnes atteintes de démence ou l'application de procédures structurées de résolution de problèmes (voir chapitre 5). Dans la première partie du chapitre 5, les mesures psychosociales sont abordées, tandis que la deuxième partie explique les mesures thérapeutiques spécialisées non médicamenteuses.

6.1 Mesures psychosociales

Exemple 4: effet des mesures psychosociales en cas de SCPD

Madame Ruckstuhl est atteinte d'une démence avancée, et la communication verbale n'est plus possible. Elle manifestait des mouvements brusques, incontrôlés avec les bras, les jambes et le haut du corps, qui présentent un risque pour elle-même (chutes) et qui compliquent la communication, les soins corporels ainsi que l'aide au repas. Le plus souvent, elle avait les yeux fermés. Un diagnostic compréhensif a mis en évidence le fait que Madame Ruckstuhl avait perdu le contact avec son propre corps; ses sens favoris étaient le toucher et le goût.

L'équipe a décidé d'établir un contact physique avec elle toutes les deux heures et de lui proposer un morceau de chocolat.

Avant les soins corporels et les repas, on lui masse le haut du corps et les bras afin de stimuler ses fonctions basales. Lors des soins corporels et de la mobilisation, tous les mouvements sont proposés de manière consciente comme une aide kinesthésique au mouvement, afin que Madame Ruckstuhl puisse vivre clairement l'action pendant son exécution et la comprendre.

Trois fois par jour, elle avait la possibilité d'effectuer des mouvements en tout sécurité, allongée sur un tapis de gymnastique.

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

L'exemple 4 montre combien il est important de percevoir Madame Ruckstuhl comme une personnalité à part entière, de connaître sa biographie et de pouvoir évaluer ses ressources, ses habitudes, ses préférences et ses aversions, ainsi que de s'interroger sur ce qui lui faisait du bien par le passé. Il s'agit de déterminer à quels types de mesures Madame Ruckstuhl réagit, et par quelles mesures ses capacités et ressources peuvent être activées (par exemple mesures axées sur les sens: ici au moyen du goût, du massage et du toucher; mesures axées sur le mouvement: ici grâce à la possibilité de se mouvoir dans un cadre sécurisé; mesures axées sur la communication: ici par le toucher et la présence).

Les soins constituent un processus relationnel, fondé sur l'interaction et la communication, qui renforce l'identité et la personnalité de la personne atteinte de démence. Dans l'accompagnement et les soins des personnes présentant des SCPD, la **qualité de la relation** est toujours au premier plan, car elle constitue l'une des conditions centrales de l'efficacité des mesures psychosociales (DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), 2019; Savaskan, Georgescu, & Zúñiga, 2024). Une relation de

qualité est indispensable à la mise en œuvre d'une prise en charge orientée sur les besoins et **centrée sur la personne** (notamment dans ce que l'on appelle les «soins de base», tels que les soins corporels ou le soutien lors de l'alimentation et de l'hydratation). En principe, les soins centrés personne reposent sur une attitude de l'équipe soignante qui place la personne présentant des SCPD au centre de l'attention, et qui la perçoit et la valorise dans son unicité. L'accent est mis sur la personnalité de la personne présentant des SCPD et sur la satisfaction de ses besoins d'intégrité, tels que le fait de se sentir écoutée, comprise et acceptée, ainsi que de se sentir reliée aux autres personnes (DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), 2019).

Exemple 5: effet des mesures psychosociales en cas de SCPD

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

L'exemple 5 montre combien il est important de déterminer par quel moyen de communication une prise de contact peut s'établir. La connaissance de la biographie et l'implication des proches sont ici essentielles afin de sélectionner une musique qui active les ressources du résident et lui permette d'interagir et de communiquer avec la personne en face.

Il est important, sur la base des évaluations réalisées, de sélectionner une mesure psychosociale appropriée — ou une combinaison de plusieurs mesures — pour la personne présentant des SCPD et d'en tester l'efficacité. Il convient impérativement de prendre en compte les capacités physiques, motrices et cognitives existantes des personnes concernées, ainsi que leur histoire, leurs valeurs et leurs préférences et aversions (Wang et al., 2018). Même si la majorité des mesures ne présentent aucun risques, il faut garder à l'esprit que les mesures qui touchent à la sensorielle, à la cognition ou au mouvement peuvent non seulement contribuer à réduire les SCPD, mais également, notamment en cas de surcharge ou de sursollicitation, provoquer des réactions émotionnelles négatives ainsi que des SCPD tels que l'agitation ou l'agressivité. Le Tableau 2 offre un aperçu des mesures psychosociales. Pour approfondir cette thématique et s'y engager de manière plus détaillée, il est possible de s'appuyer sur les nouvelles recommandations relatives au diagnostic et au traitement des SCPD (Savaskan, Georgescu, & Zúñiga, 2024).

Types de mesures / Données probantes / Capacités requises	Exemples d'application / Effets
Mesures à orientation sensorielle	
Musicothérapie (Koch et al., 2022; Legere et al., 2018; Mileski et al., 2019; Smith & D'Amico, 2020; Tsoi et al., 2018) Les résident·es peuvent-ils/elles entendre? Les résident·e· portent-ils/elles un appareil auditif ou en ont-ils/elles besoin?	**La musique que les résident·es aiment écouter** peut augmenter la prise alimentaire et l'apport calorique lors des repas, améliorer l'humeur, la socialisation et la communication, et réduire l'agitation ainsi que les agressions verbales. Lors des soins de base et des soins thérapeutiques, tels que les soins corporels, la douche ou le bain, la musique permet de réduire des symptômes tels que l'agressivité, la résistance et le refus. La musique avant l'endormissement améliore l'hygiène du sommeil. **Faire de la musique** — comme chanter et bouger en rythme (danser) — active des émotions positives et réduit les SCPD tels que l'anxiété, la dépression, l'agitation et l'agressivité
Aromathérapie (Bray et al., 2021; Wang et al., 2019) Les résident·es peuvent-ils/elles percevoir des odeurs?	**Les arômes que les résident·es apprécient** peuvent susciter des émotions positives et contribuer à la réduction des SCPD. Différentes modalités d'application ont été étudiées — sprays, diffuseurs, gouttes appliquées sur le col de la chemise, l'oreiller, les serviettes, ainsi que des applications combinées avec des frictions et des massages. Le citron et le romarin le matin peuvent améliorer les fonctions cognitives, tandis que l'orange et la lavande ont un effet apaisant et peuvent favoriser l'endormissement le soir. La citronnelle et l'eucalyptus peuvent réduire l'agitation.
Luminothérapie (Boronat et al., 2019; Guu et al., 2022; Prins et al., 2020) Les résident·es peuvent-ils/elles voir? Les capacités visuelles ont-elles été prises en compte? Les résident·es portent-ils/elles des lunettes ou en ont-ils/elles besoin?	Les symptômes de «sundowning» et l'inversion du rythme veille-sommeil peuvent être influencés positivement par **une exposition à la lumière du jour (**naturelle ou au moyen de lampes de luminothérapie) Un **programme d'activités** structuré en journée, une organisation claire de la journée et des occupations **vécues comme porteuses de sens** favorisent le rythme d'éveil diurne. Un éclairage tamisé en soirée, une réduction des activités et une baisse du niveau sonore ont un effet apaisant et favorisent la transition vers la nuit. La nuit, un éclairage tamisé ou une veilleuse, le calme, l'évitement des perturbations ainsi que la limitation des interventions de soins au strict nécessaire sont indiqués.

Types de mesures / Données probantes / Capacités requises	Exemples d'application / Effets
Snoezelen / jardin sensoriel (Cusic et al., 2022; Scales et al., 2018; Smith & D'Amico, 2020; Wang et al., 2019) Les résident·es peuvent-ils/elles voir, entendre, toucher, ressentir et goûter?	L'utilisation d'**interventions multisensorielles**, qui sollicitent différents stimuli sensoriels, se fait dans une salle Snoezelen ou directement au lit à l'aide d'un chariot Snoezelen. Une combinaison de différentes stimulations — telles que la lumière, des sons apaisants, des odeurs et des stimuli tactiles — stimule les sens et peut soutenir la relation par le biais d'une communication basale. Des études démontrent une réduction de l'apathie, de l'agressivité, de la dépression, de l'anxiété et de l'agitation. Une alternative au Snoezelen consiste en des activités dans le jardin ou dans un jardin sensoriel aménagé dans un espace intérieur. Là aussi, différents stimuli sensoriels peuvent être proposés et, grâce à une expérience sensorielle et active partagée avec une personne accompagnante, des souvenirs positifs peuvent être éveillés et la relation soutenue. L'activité de jardinage peut être intégrée de manière fixe dans le plan de soins et/ou la structure journalière
Zoothérapie (Aarskog et al., 2019; Abbott et al., 2019; Pu et al., 2019) Les résident·es aiment-ils/elles les animaux? Les résident·es sont-ils/elles capables de nouer une relation avec des animaux?	La présence ou la visite d'**animaux** (vivants ou sous forme d'animaux robotiques, par exemple le phoque Paro), ainsi que des stimuli audiovisuels (films mettant en scène des bébés animaux), peuvent susciter des émotions positives et favoriser le bien-être chez les résident·es qui aiment les animaux. Cela peut prévenir les SCPD ou en réduire l'intensité. La structure journalière et la planification des soins peuvent intégrer de manière fixe, par exemple, la visite régulière d'un chien d'assistance ou la visite quotidienne de l'enclos animalier dans le jardin. Le recours à des animaux robotiques permet aux résident·es de les câliner et de les garder près d'eux/d'elles, voire avec eux/d'elles dans le lit. Les animaux robotiques constituent une bonne alternative aux animaux vivants. Des études démontrent une amélioration des fonctions cognitives, de l'humeur, du comportement social et de la communication, ainsi qu'une diminution de l'agressivité, de l'agitation, du sentiment de solitude et de l'ennui.

Types de mesures / Données probantes / Capacités requises	Exemples d'application / Effets
Technologies d'assistance intelligentes (TAI) (Chen et al., 2018; Moyle et al., 2018; Neal et al., 2020; Petersen et al., 2017; SAMW, 2018) Le recours aux technologies favorise-t-il le bien-être et améliore-t-il la qualité de vie? L'utilisation correspond-elle aux souhaits des personnes atteintes de démence?	L'utilisation des technologies ne constitue pas un substitut au contact humain. L'attention humaine, l'interaction et la relation sont fondamentales, dans le cadre des soins centrés sur la personne, pour les personnes atteintes de démence et de SCPD. Les technologies qui soutiennent les personnes dans les activités de la vie quotidienne et favorisent ainsi l'autonomie et l'autodétermination, tout en offrant des possibilités de communication, de divertissement et d'engagement, peuvent contribuer à prévenir ou à réduire des SCPD tels que l'anxiété, la dépression et l'agitation. Il est possible de recourir, par exemple, à des dispositifs multimédias personnalisés (musique, images, messages familiaux), à des animaux robotiques, ainsi qu'à des applications de réalité virtuelle, telles qu'un environnement forestier. Conditions: L'utilisation des technologies suscite des émotions positives et favorise le bien-être, tout en respectant les principes éthiques.
Massage et toucher (Bray et al., 2021; Scales et al., 2018; Wu et al., 2017) Les contacts tactiles et les massages procurent-ils du bien-être? À quelles parties du corps le/la résident·e souhaite-t-il/elle être touché·e ou massé·e?	Des interventions telles que l'acupression, le massage tactile, le massage aromatique, le massage des mains, le massage du dos et le toucher doux entraînent souvent, chez les personnes atteintes de démence, une réduction du stress, suscitent un sentiment de bien-être et soutiennent la communication non verbale. Il a été observé que la proximité humaine, le contact tactile, la présence et l'attention portées à la personne contribuent à la diminution des SCPD. Les massages et les contacts tactiles peuvent être intégrés et planifiés dans la pratique quotidienne des soins, que ce soit dans le cadre des soins corporels, par exemple l'après-midi (prévention du sundowning), ou encore comme rituel du soir afin de favoriser l'endormissement. L'intégration de contacts affectueux dans les soins quotidiens — en utilisant des produits de soins aux odeurs familières et en lavant le visage, les mains, les bras, les jambes et les pieds par des effleurages et des massages doux — favorise le bien-être et contribue à la prévention ou à la réduction des SCPD.

Types de mesures / Données probantes / Capacités requises	Exemples d'application / Effets
Stimulation basale® (Heimerl et al., 2010; Mohr et al., 2016) Quelles offres favorisent l'émergence d'un dialogue chez les résident·es?	La stimulation basale combine la communication, la perception et la promotion du mouvement. Des offres ciblées permettent une prise de contact perçue comme appropriée (p. ex. un toucher initial), réactivent la conscience de soi ainsi que le sentiment d'auto-efficacité et en favorisent le maintien. Dans le dialogue avec la personne atteinte de démence, les actes de soins de base — tels que les soins corporels, l'hygiène bucco-dentaire, la prise des repas, l'accompagnement aux toilettes, le positionnement et la mobilisation — peuvent être réalisés de manière à ce que la personne puisse bien comprendre l'action et se vivre comme sujet agissant plutôt que comme objet de soins (Schürenberg, 2024). Cela permet de réduire le stress et la surcharge, ainsi que les SCPD qui en découlent.
Mesures à visée cognitive	
Thérapie de présence simulée (TPS) (Koch et al., 2022; Meyer & O'Keefe, 2020; Wang et al., 2018; Woods & Ashley, 1995) Les résident·es disposent-ils/elles, au regard de leurs capacités cognitives (attention, mémoire, concentration), de la capacité à suivre un enregistrement?	L'enregistrement individuel d'histoires, de conversations et de souvenirs peut permettre à une personne atteinte de démence de rester en lien avec des proches absents. Cela peut réduire les peurs et les inquiétudes et rendre l'environnement plus familier, suscitant ainsi des émotions positives et un sentiment de bien-être. Les formats appropriés sont la vidéo, les enregistrements audio (MP3) ou l'utilisation d'un dispositif multimédia. L'application peut réduire les SCPD lorsqu'elle suscite des émotions positives et du bien-être, et que les principes éthiques sont respectés.

Types de mesures / Données probantes / Capacités requises	Exemples d'application / Effets
Méthodes orientées vers la cognition, la communication et la relation (Alsawy et al., 2020; Berendonk et al., 2011; DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), 2019; Grøndahl et al., 2017; Kellett et al., 2010; Kitwood, 2008) Les résident·es sont-ils/elles, sur le plan cognitif, en mesure de se confronter à des souvenirs? Manifestent-ils/elles de l'intérêt? Quelles préférences manifestent-ils/elles?	La connaissance de l'**histoire de vie (biographie)** d'une personne atteinte de démence aide les soignant·es et les proches à valoriser la vie vécue**.** Cela rend possible son implication dans les décisions liées au quotidien des soins. L'autodétermination et la participation aux décisions suscitent des émotions positives et favorisent le bien-être, tout en préservant l'intégrité et la dignité et en renforçant la personnalité. Cela permet de prévenir les SCPD ou d'en réduire l'intensité. En raison des pertes de fonctions cognitives au cours de l'évolution de la démence, il est important d'aborder la biographie avec attention et prudence, et de décider avec soin quels souvenirs doivent être éveillés. Des souvenirs négatifs peuvent déclencher des SCPD et surcharger la personne atteinte de démence. Les pertes de fonctions cognitives modifient la capacité à communiquer et à satisfaire les besoins. Des sentiments de solitude, l'isolement social, la dépression et l'anxiété, ainsi que l'agressivité et l'agitation peuvent en résulter. Une **communication porteuse de sens** s'instaure lorsque la personne atteinte de démence se sent entendue, comprise, valorisée et prise au sérieux (cf. Validation). Le **concept DEMIAN** permet de saisir de manière systématique les situations du quotidien. Les intérêts et les préférences peuvent évoluer au cours de la démence, et la biographie peut perdre de son importance. Afin de saisir les éléments situationnels et actuels significatifs et d'intégrer dans les soins ce qui procure de la joie et suscite des émotions positives, la grille d'observation DEMIAN peut s'avérer utile.
Communication avec les personnes atteintes de démence et de SCPD (Eggenberger et al., 2013; Kitwood, 2008) La communication avec les résident·es est-elle adaptée à leurs capacités de communication?	Pour communiquer avec des personnes atteintes de démence de manière à ce qu'elles se sentent valorisées, prises au sérieux et acceptées, des compétences en communication sont nécessaires. Une communication qui n'est pas adaptée aux besoins et au langage de la personne atteinte de démence peut déclencher des SCPD. Une communication adaptée aux besoins et au langage de la personne suscite des émotions positives et favorise le bien-être. Cela permet de prévenir des SCPD tels que l'agressivité et l'agitation lors des soins, ou d'en réduire l'intensité (cf Validation). Investir dans des formations continues en communication pour le personnel est indispensable afin de pouvoir accompagner et soigner les personnes atteintes de démence de manière centrée sur la personne.

Types de mesures / Données probantes / Capacités requises	Exemples d'application / Effets
Validation selon Feil®, validation intégrative selon Richards® (Erdmann & Schnepp, 2012; Feil, 1999) À quel stade (selon Feil®) se trouvent les résident·es? Quel type de communication permet de répondre aux besoins des résident·es? Quelles émotions (selon Richards®) les résident·es manifestent-ils/elles ? Quels thèmes de vie, selon Richards® (ressources), peuvent être abordés?	L'application de l'une des deux méthodes de validation fait partie intégrante de soins centrés sur la personne. La validation a pour objectif de rendre la personne forte et robuste. Grâce à la validation, l'expérience, la vie et les émotions qui y sont liées de la personne atteinte de démence sont reconnues, prises au sérieux et acceptées, et sa réalité est considérée comme réelle. Les deux techniques de validation selon Feil ou Richards poursuivent des approches différentes et impliquent des démarches distinctes. De manière générale, l'application correcte des deux méthodes contribue à une réduction avérée des SCPD et diminue la charge pesant sur les soignant·es et les proches.
Mesures à orientation motrice	
Le mouvement en tant que mesure de soins (Chen et al., 2022; Meyer & O'Keefe, 2020; Wang et al., 2019) Quelles capacités cognitives les résident·es présentent-ils/elles? Quelles capacités physiques et quelles perceptions corporelles les résident·es présentent-ils/elles?	L'intégration du mouvement à travers des offres de mouvement centrées sur la personne contribue à l'amélioration et au maintien des capacités cognitives et permet de réduire de manière avérée des SCPD tels que la dépression, l'anxiété, l'agitation et l'agressivité. Dans le cadre du syndrome de fragilité, la malnutrition et le manque d'activité physique accentuent les pertes de fonctions cognitives et physiques. Lors de la planification des mesures de mouvement, les capacités cognitives et physiques doivent être prises en compte. Selon la situation, des mesures de mouvement actives ou passives peuvent être planifiées. Actives: danser en chantant ou en écoutant de la musique, activités de remise en forme au sein de l'unité: cyclisme, tapis roulant, jeux de ballon, gymnastique, yoga, mouvements avec des foulards, etc., mobilisation régulière et entraînements liés aux soins. Interactif: soutien kinesthésique au mouvement lors de la mobilisation, des transferts et du positionnement. Passives: micro-positionnements, micro-mouvements passifs, mobilisation passive des articulations (voir la kinesthésique).

Types de mesures / Données probantes / Capacités requises	Exemples d'application / Effets
Activités de plein air avec mouvement (Wang et al., 2019) Quelles capacités physiques le/la résident·e présente-t-il/elle? Quels intérêts et quelles ressources sont connus à partir de la biographie?	À l'extérieur, les personnes atteintes de démence et de SCPD font l'expérience de différents stimuli et sont distraites. Cela a un effet positif sur l'humeur et le bien-être et permet de réduire des SCPD tels que l'agitation, l'errance et l'agressivité. Il existe de nombreuses possibilités d'adapter les offres de mouvement en fonction du stade de la démence. Offres sportives: marche, course, jardinage, yoga, gymnastique, etc. Des offres basées sur la biographie, telles que le jardinage, le jardin de Cocagne, les promenades à pied ou en fauteuil roulant.
Danser (Guzmán-García et al., 2013; Koch et al., 2022; Nyström & Lauritzen, 2005; Smith & D'Amico, 2020) Quelles ressources sont connues à partir de la biographie? Comment les résident·e·s agissent-ils/elles et réagissent-ils/elles à la musique et au mouvement?	Les personnes atteintes de démence, à tous les stades de la maladie, réagissent positivement aux activités associant la musique à des formes de mouvement telles que le pas dansé, le mouvement libre, le chant, le balancement ou le bercement. Cela favorise l'expression des émotions, l'amélioration de la communication et des interactions, ainsi qu'une augmentation du bien-être. Cela permet d'éviter ou, le cas échéant, de réduire des SCPD tels que l'agitation, l'anxiété, la dépression ou l'errance. Le fait d'assister à une représentation de danse se prête également bien à une stimulation indirecte des personnes atteintes de démence, car la performance peut être perçue par le sens kinesthésique et susciter des souvenirs, des émotions et un sentiment de connexion, sans qu'il soit nécessaire de danser soi-même. Il est ici essentiel de disposer de connaissances issues de la biographie de la personne afin d'éviter de susciter des émotions négatives.

Types de mesures / Données probantes / Capacités requises	Exemples d'application / Effets
Kinaesthetics® (Fringer et al., 2015) Quelles compétences et quelles ressources motrices peuvent être observées?	Kinaesthetics® permet une perception consciente de son propre mouvement et de ses compétences motrices, et suppose une expérience personnelle des soignant·es afin de les rendre capables de s'accorder au mouvement de la personne en face d'eux, de l'accueillir et de le soutenir. L'observation et la perception des compétences motrices de la personne atteinte de démence permettent de donner des impulsions ciblées et de soutenir puis développer le mouvement initié par la personne atteinte de démence. Grâce à l'autodétermination, au sentiment d'efficacité personnelle, à la dignité et à la reconnaissance que vit la personne atteinte de démence dans ce contexte, les comportements d'agression, de résistance et de refus lors des soins — par exemple lors de la toilette corporelle, de l'hygiène intime ou de la mobilisation — peuvent être évités ou, le cas échéant, réduits. Les soignant·es bénéficient eux/elles-mêmes de Kinaesthetics® grâce à une meilleure compétence motrice ainsi qu'à une réduction de la charge psychique et physique, notamment en raison d'une manière de travailler ménageant le dos.

Tableau 2: Synthèse des trois catégories d'interventions (modifiée d'après Wang et al., 2019), complétée par des exemples d'application pour la pratique des soins et leurs effets (Savaskan, Georgescu, & Zúñiga, 2024).

6.2 Offres de psychothérapie et de thérapie spécialisée

Les approches psychothérapeutiques disposent d'un bon niveau données probantes quant à la réduction des SCPD, notamment le recours aux thérapies comportementales, à la thérapie cognitivo-comportementale, à la thérapie de réminiscence, aux interventions de revue de vie ou à la validation chez les personnes atteintes de démence légère à modérée (Abraha et al., 2017; Huang et al., 2015; Rostamzadeh et al., 2022; Savaskan, Georgescu, & Zúñiga, 2024). Ainsi, par exemple, une meilleure acceptation du diagnostic, l'activation des ressources et/ou le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle peuvent contribuer à réduire les SCPD.

Les offres de thérapie spécialisée proposées par des thérapeutes externes en soins de longue durée ne sont, à ce jour, pas encore largement répandues Là aussi, la connaissance de la biographie, des préférences et des aversions de la personne constitue un préalable indispensable au choix d'une offre appropriée et centrée sur la personne. Il existe de bonnes expériences cliniques attestant de l'efficacité de la **musicothérapie** chez les personnes atteintes de démence et présentant des SCPD (Chang et al., 2015). Selon le stade de la démence, la musicothérapie est recommandée sous forme de thérapie individuelle ou de thérapie de groupe. Les approches thérapeutiques comprennent par exemple l'écriture de paroles de chansons, l'écoute de musique, la discussion autour des textes, de la musique, des exercices relaxation, la danse, le chant, le mouvement ainsi que la pratique musicale avec des instruments. Il existe également de bonnes expériences cliniques concernant l'utilisation et l'efficacité de l'**art-thérapie** chez les

personnes atteintes de démence et présentant des SCPD (Emblad & Mukaetova-Ladinska, 2021; Young et al., 2016). Il est apparu que les personnes atteintes de démence bénéficient, dans le cadre de l'art-thérapie, d'une amélioration des fonctions cognitives telles que l'attention, la concentration et la mémoire. Les SCPD sont réduits, par exemple la dépression, l'apathie, les comportements agressifs et l'agitation. Le bien-être et la qualité de vie s'en trouvent améliorés. Dans de nombreux établissements médico-sociaux, la **thérapie d'activation** est intégrée à l'organisation du quotidien et à des activités porteuses de sens, et les expériences cliniques confirment ses effets positifs chez les personnes atteintes de démence et présentant des SCPD. Les **thérapies assistées par l'animal** entraînent de manière démontrable une réduction des SCPD (voir point 6.1: mesures à orientation sensorielle). L'**acupuncture et l'acupressure** peuvent être proposées soit par des thérapeutes externes, soit par des soignant·e·s disposant d'une formation appropriée (voir point 6.1: mesures à orientation sensorielle – massage et toucher). Une étude de synthèse (Harris et al., 2020) a démontré des améliorations significatives concernant la dépression, l'agitation, l'anxiété, les troubles du sommeil et les activités de la vie quotidienne. L'**entraînement physique et le sport** (voir point 6.1: mesures à orientation motrice) sont recommandés pour le traitement de personnes atteintes de démence et présentant des SCPD. Une concertation avec la physiothérapie ainsi que son implication dans la planification et la mise en œuvre de mesures à orientation motrice sont recommandées. Des entraîneur·es de fitness ou d'aérobic peuvent contribuer à élargir l'éventail des offres proposées (Hemmeter et al., 2021; Ngamsri et al., 2020; Yang et al., 2015).

7. Mesures médicamenteuses en cas de SCPD

7.1 Principes de traitement

Dans le traitement des SCPD, la priorité est donnée aux mesures psychosociales. Si elles ne parviennent pas à réduire les SCPD, que les symptômes ciblés sont lourds et pénibles et que la personne habilitée à décider approuve, alors l'utilisation de médicaments psychotropes peut se justifier (Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024).

Exemple 6: nouvelle prescription d'un neuroleptique

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

7.2 Recours aux neuroleptiques dans le traitement des SCPD

Bien que les neuroleptiques soient les médicaments les plus fréquemment prescrits dans le cadre des SCPD, les anti-démentiels devraient être utilisés comme traitement médicamenteux de première intention

dans les SCPD. D'autant plus que les neuroleptiques peuvent avoir des effets secondaires considérables. La mise en place d'un traitement antidépresseur en présence d'une dépression et d'une apathie peut contribuer à améliorer les capacités fonctionnelles dans la vie quotidienne. Les neuroleptiques doivent être prescrits avant tout en cas de symptômes psychotiques. En l'occurrence, il faut donc toujours, au sein de l'équipe soignante et en collaboration avec la personne concernée et les proches, faire la part entre les risques liés à un refus de traitement et les effets secondaires prévisibles.[8] Il est à noter que la prescription de neuroleptiques chez des résidentes et résidents incapables de discernement requiert toujours l'accord de la personne habilitée à représenter, selon l'ordre fixé dans l'art. 378 CCS. Si des douleurs sont suspectées, l'utilisation d'antalgiques est recommandée avant d'introduire des neuroleptiques (Pieper et al., 2016; Reus et al., 2016).

Les principes suivants s'appliquent à un traitement par neuroleptiques:

- Toujours commencer par la plus faible dose possible.
- Surveiller attentivement la personne concernée afin de détecter d'éventuels effets indésirables. Augmenter la posologie des neuroleptiques de manière progressive.
- Ils sont administrés pour une durée limitée.
- Les neuroleptiques sont, dans la mesure du possible, utilisés en fonction de la symptomatologie comme traitement au besoin et non comme traitement de longue durée. (En présence d'une symptomatologie psychotique avérée, une administration régulière peut s'avérer nécessaire.)
- Une monothérapie est privilégiée dans la mesure du possible.
- En collaboration avec la médecin ou le médecin traitant, l'indication et la posologie sont régulièrement réévaluées.
- Le neuroleptique est interrompu dès que possible.
- Les neuroleptiques ne sont pas arrêtés brutalement, mais diminués progressivement (Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024).

Il existe des situations dans lesquelles le recours aux psychotropes peut être envisagé d'emblée, sans que les mesures psychosociales n'aient été préalablement épuisées (Hewer & Thomas, 2017; Kales et al., 2015; Pieper et al., 2016):

– dépression avec ou sans idées suicidaires (p. ex. recours à un antidépresseur)
– symptômes psychotiques entraînant des dommages, ou présentant un risque élevé que la personne atteinte de SCPD ou son entourage subissent un préjudice (p. ex. recours à un neuroleptique)
– comportement agressif présentant un fort potentiel de mise en danger de soi ou d'autrui (p. ex. recours à un neuroleptique ou au citalopram).

Parfois, l'agressivité ou des symptômes psychotiques peuvent également entraver une évaluation plus approfondie des causes (médicales) possibles du comportement; dans ce cas, un recours temporaire aux psychotropes peut être envisagé pendant la phase de description ou d'analyse (conformément à l'algorithme «BPSD-DATE»).

[8] Cela correspond également à l'esprit de l'art. 377, al. 2, CCS; «Le médecin traitant renseigne la personne habilitée à représenter la personne incapable de discernement sur tous les aspects pertinents du traitement envisagé, notamment sur ses raisons, son but, sa nature, ses modalités, ses risques et effets secondaires, son coût, ainsi que sur les conséquences d'un défaut de traitement et sur l'existence d'autres traitements.»

→ Les neuroleptiques sont prescrits en cas de SCPD lorsque des mesures psychosociales ne sont pas suffisamment efficaces, que la symptomatologie visée est très grave et pénible et que la personne habilitée à décider donne son accord pour les mesures médicales.

→ L'administration de neuroleptiques commence toujours par la plus faible dose possible, qui augmente progressivement, sur une période déterminée.

→ Les neuroleptiques sont peu efficaces en cas de SCPD sans symptômes psychotiques.

→ Les neuroleptiques ne doivent pas être supprimés brusquement mais progressivement réduits.

7.3 Types de neuroleptiques

Parmi les neuroleptiques, on distingue entre les neuroleptiques typiques et les neuroleptiques atypiques, ces derniers étant le plus souvent utilisés dans le traitement des SCPD. La littérature mentionne généralement six principes actifs qui sont plus particulièrement utilisés dans le cas des SCPD (voir Tableau 3) (Bessey & Walaszek, 2019; Cloak & Al Khalili, 2020; Dyer et al., 2018; Preuss et al., 2016; Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024; Tible et al., 2017). Cela ne signifie pas pour autant que d'autres substances ne sont pas utilisées dans la pratique.

Groupe de médicaments	Substance et nom	Indications
Neuroleptiques conventionnels	Halopéridol (Haldol ®)[7]	Traitement aigu du délirium et traitement des agressions persistantes et des symptômes psychotiques (Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024).
Neuroleptiques atypiques	Rispéridone (Risperdal ®) Quétiapine (Seroquel ®) Brexpiprazol (REXULTI®) Aripiprazole (Abilify ®) Olanzapine (Zyprexa ®)	Symptômes psychotiques, agitation, agressivité La quétiapine et la rispéridone ont des propriétés sédatives. À ce jour, les données probantes concernant l'efficacité de la quétiapine dans la démence sont insuffisantes (Preuss et al., 2016). Elle est prescrite en cas d'agitation et pour favoriser le sommeil. Le bréxpiprazole est indiqué pour le traitement de l'agitation associée à la démence de type Alzheimer.

Tableau 3: Neuroleptiques utilisés dans le traitement des SCPD

La rispéridone a longtemps été le seul neuroleptique autorisé pour le traitement des SCPD chez les personnes atteintes de démence de type Alzheimer. Depuis peu, le bréxpiprazole est autorisé pour le traitement de l'agitation associée à la démence. Les autres neuroleptiques sont utilisés off-label (cela signifie que le médicament n'est pas autorisé pour l'indication, en l'occurrence la *démence*). Selon le compendium des médicaments, l'halopéridol oral est autorisé pour le

«traitement de l'agressivité persistante et de symptômes psychotiques avec risque de préjudice pour le patient ou autrui lors de démence d'Alzheimer modérée à sévère ou de démence vasculaire après échec des traitements non pharmacologiques.»[9]

Selon l'avis des spécialistes, l'halopéridol ne devrait être utilisé que pour le traitement aigu du délirium chez les personnes atteintes de démence (Savaskan et al., 2016), en raison de l'importance de ses effets secondaires. En l'absence de délirium, il n'est pas recommandé comme traitement de première ligne (Reus et al., 2016).

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

«... comme traitement de durée limitée (jusqu'à 12 semaines) d'une forte agressivité ou de symptômes psychotiques sévères liés à la démence de type Alzheimer et représentant un danger ou une limitation importante du patient et/ou d'autres personnes et ne répondant pas à des méthodes non pharmacologiques.»[10]

Et plus loin:

«Au plus tard après trois mois de traitement par la rispéridone, une interruption du traitement doit être envisagée à titre d'essai. Le traitement ne sera réinstauré que lorsque les troubles comportementaux sévères réapparaissent.»[7]

Les mêmes restrictions que celles signifiées pour la rispéridone devraient s'appliquer à l'utilisation off-label d'autres neuroleptiques atypiques. L'utilisation off-label des médicaments engage la responsabilité de la médecin prescriptrice ou du médecin prescripteur avec une obligation d'information renforcée et doit être dûment documentée et surveillée (Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024).

7.4 Effets indésirables des neuroleptiques

En raison des modifications physiologiques qui surviennent avec le vieillissement, les personnes âgées sont plus sensibles aux médicaments psychotropes. Cela signifie qu'elles ont besoin d'un dosage plus faible et qu'elles sont davantage susceptibles de développer des effets indésirables. Par ailleurs, la multimorbidité et la polymédication compliquent l'utilisation de psychotropes. De ce fait, les neuroleptiques peuvent aussi avoir des effets secondaires importants.

- Tous les neuroleptiques entraînent une augmentation de la somnolence et de la sédation (en particulier la quétiapine) (Preuss et al., 2016; Yunusa et al., 2019).
- Ils entrainent un ralentissement général des émotions, accompagné d'une incapacité à ressentir de la joie (Jones, 2012)

[9] cf. information spécialisée à propos du Haldol ® sur compendium.ch: https://compendium.ch/product/1977-haldol-tabl-1-mg/mpro
[10] cf. information spécialisée à propos du Risperdal ® sur compendium.ch: https://compendium.ch/product/42958-risperdal-filmtabl-1-mg/mpro

- Selon le médicament, des symptômes extrapyramidaux peuvent survenir (en particulier avec la rispéridone, p. ex. rigidité, tremblements, spasmes),
- déclin accéléré des compétences cognitives (Hewer & Thomas, 2017; Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024)
- Chutes
- Risque accru de délirium (Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024)
- Risque accru d'accident vasculaire cérébral (Hsu et al., 2017)
- Risque accru de mortalité (Greenblatt & Greenblatt, 2016; Ralph & Espinet, 2018; Yeh et al., 2019; Yunusa et al., 2019)

L'halopéridol présente le risque de mortalité le plus élevé, suivi par la rispéridone, l'olanzapine et la quétiapine (Maust et al., 2015), un risque qui s'accroît avec l'augmentation du dosage. Ainsi, l'étude de Maust et al. (2015) montre qu'environ une personne sur 26 traitées par halopéridol décède, contre une personne sur 50 sous la quétiapine. Les personnes atteintes d'une démence de corps de lewy ont une réaction paradoxale aux neuroleptiques (Preuss et al., 2016; Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024). L'utilisation de neuroleptiques en cas de démence de corps de lewy et de parkinson mérite une attention toute particulière (Hewer & Thomas, 2017). Ces formes de démence ne tolèrent que la quétiapine ou la clozapine. De façon générale, les bénéfices des neuroleptiques par rapport à leurs effets secondaires sont plutôt faibles, sauf en cas de symptômes psychotiques.

→ Parmi les neuroleptiques atypiques, seuls la rispéridone et le bréxpiprazole sont autorisés pour le traitement des SCPD, tous les autres sont administrés off-label.

→ Des études apportent la preuve d'une petite taille d'effet quant à l'efficacité de la rispéridone, de l'aripiprazole et de l'olanzapine en cas de SCPD.

→ Les neuroleptiques peuvent avoir des effets secondaires sévères. Une appréciation minutieuse des bénéfices et des préjudices s'impose donc avant leur utilisation, si possible en collaboration avec la personne concernée et ses proches.

7.5 Surveillance et réduction des neuroleptiques

Après la prescription d'un neuroleptique, l'équipe soignante a la responsabilité d'observer et de documenter l'efficacité et les éventuels effets secondaires. À cet effet, il est utile de transmettre les informations correspondantes au sein de l'équipe et de fixer des rappels dans le dossier de la résidente ou du résident.

La médecin traitante ou le médecin traitant est informé des éventuels effets secondaires et la suite du traitement est discuté en équipe, en collaboration avec la personne concernée et les proches. En principe, l'administration de tous les neuroleptiques doit être régulièrement évaluée et l'indication vérifiée, au moins toutes les quatre semaines (Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024).

L'interruption d'un neuroleptique est recommandée s'il n'y a pas d'amélioration significative des symptômes au bout de quatre semaines, suite à l'administration d'une dose appropriée (Reus et al., 2016). C'est le temps nécessaire pour percevoir des effets qui se manifestent lentement (Cloak & Al Khalili, 2020).

En cas de traitement efficace, la littérature évoque la possibilité d'interrompre les neuroleptiques après trois mois. Si le dosage était approprié, il n'y aura pas de grands changements concernant les SCPD (Van Leeuwen et al., 2018). Après quatre semaines, mais au plus tard après trois mois, il convient de faire une première tentative d'arrêt des neuroleptiques (Cloak & Al Khalili, 2020; Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024). Une nouvelle fois, cette décision est discutée avec l'équipe soignante et en accord avec la personne concernée (si possible) et les proches. Durant toute la durée du traitement à base de neuroleptiques, il est important de poursuivre les interventions psychosociales et éventuellement d'en envisager de nouvelles. De même, au moment de la tentative d'interruption du traitement, des mesures d'accompagnement psychosociales peuvent être discutées au préalable et mises en œuvre. Il se peut cependant que les symptômes réapparaissent de même ampleur. Il est peut-être donc judicieux de poursuivre la prise des neuroleptiques (Van Leeuwen et al., 2018). Les récidives, par exemple en cas de syndromes paranoïdes ou hallucinatoires, ne sont pas rares (Hewer & Thomas, 2017).

→ L'équipe soignante surveille et documente l'efficacité et les effets secondaires des neuroleptiques.

→ L'administration de neuroleptiques est systématiquement évaluée et l'indication vérifiée au moins toutes les quatre semaines.

→ Après trois mois au plus tard, une première tentative d'arrêt du traitement est envisagée.

→ Les interventions psychosociales sont poursuivies durant le traitement médicamenteux, et de nouvelles sont introduites au besoin.

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

Outre les neuroleptiques, d'autres médicaments psychotropes peuvent être utilisés en cas de SCPD, dont la liste figure dans le Tableau 4 ci-dessous. Pour approfondir la question, il est renvoyé au chapitre des Ressources complémentaires (Savaskan, Georgescu, & Zúñiga, 2024).

Groupe de médicaments	Substance et nom	Indications	Effets secondaires
Anti-démence	Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (inhibiteurs de l'AChE) - Donépézil - Galantamine - Rivastigmine Antagoniste des récepteurs NMDA (NMDA = N-méthyl-D-aspartate) - Mémantine	Démence légère à modérée, mais également efficace en cas de démence sévère En cas d'apathie, de dépression, d'irritabilité (pas d'effet sur l'agitation) Démence modérée à sévère En cas d'agitation, de délires, d'hallucinations et d'agressivité	Diarrhée, nausée, vomissement, bradycardie symptomatique et syncope Étourdissements, céphalées, constipation, somnolence, augmentation de la pression artérielle
Antidépresseurs (les antidépresseurs tricycliques ne sont pas recommandés en cas de démence en raison de leurs effets secondaires anticholinergiques)	ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine): - Citalopram	En cas d'anxiété, de dépression, aussi d'agitation et d'agressivité	Nausée et vomissement, mal de tête, troubles du sommeil, diarrhée, tremblements, altération de la cognition
	Anciens antidépresseurs Trazodone (Trittico ®), a un effet sédatif, dose du soir	En cas d'agitation	Somnolence, sécheresse buccale, douleurs des membres, douleurs dorsales, myalgies, arthralgies
Antalgiques	Commencer avec des antalgiques périphériques. S'ils agissent mais pas suffisamment, envisager des opiacés peu puissants. S'ils agissent aussi, mais pas encore assez, passer aux opiacés hautement efficaces (p.ex. par injection s-c, puis, si c'est efficace, opter pour le patch).	En cas d'agitation	

Tableau 4: Administration d'autres groupes de médicaments en cas de SCPD (Bessey & Walaszek, 2019; Cloak & Al Khalili, 2020; Dyer et al., 2018; Preuss et al., 2016; Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024; Tible et al., 2017)

Les antidémentiels présentent une meilleure tolérance et un risque de mortalité plus faible que des médicaments tels que les neuroleptiques, souvent utilisés dans le traitement des SCPD. Il est donc possible d'en conclure que les antidémentiels constituent une bonne alternative à ces autres psychotropes (Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024).

L'utilisation des benzodiazépines (p.ex. Temesta ®, Seresta ®) et des hypnotiques est généralement déconseillée chez les personnes atteintes de démence en raison d'effets indésirables importants: risque de chute élevé, détresse respiratoire, délire, dépendance avec le développement de la tolérance (Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024). Pourtant, de nombreuses personnes âgées consomment ces substances de façon chronique et développent une dépendance. Par conséquent, les traitements utilisant ces médicaments doivent être poursuivis pour éviter les symptômes de sevrage aux conséquences graves telles que des crises d'épilepsie. De façon générale, les benzodiazépines ne devraient être administrés que pour des situations d'urgence – notamment en cas d'agressivité aiguë avec mise en danger d'autrui ou de soi-même –, comme médication prescrite au besoin. En cas de dépendance, et si l'abstinence n'est pas possible, une réduction de la posologie devrait être envisagée. En raison de leur mauvais profil d'effets secondaires, les antiépileptiques, comme la carbamazépine et le valproate, ne sont pas recommandés pour ce groupe de patientes et patients (Preuss et al., 2016; Savaskan, Georgescu, Becker, et al., 2024).

8. Ressources complémentaires

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

8.1 Démarche structurée pour évaluer et traiter les SCPD

– Algorithme BPSD-DATE (recommandé dans le cadre de la stratégie nationale en matière de démence)
  - Office fédéral de la santé publique, *Évaluations dans les soins de longue durée pour les personnes atteintes de démence*. Berne: Office fédéral de la santé publique, 2019. Téléchargeable sur: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/Hbd5LKvm88Yo/assessment.pdf (Accès 18.12.2025)
  - Klöppel, S., et al., *Erkennung psychiatrischer Symptome in der stationären Langzeitpflege.* Praxis, 2020. **109**(4): p. 301–308. Téléchargeable sur: https://edoc.unibas.ch/76599/1/20200508131550_5eb53f6657e97.pdf (Accès 18.12.2025)
– WELCOME-IdA:
  - Blumenrode, S. (2019). Fallbesprechungen in der Gerontopsychiatrie nach dem Wittener Modell. *Psych. Pflege Heute*, *25*, 266-270. https://doi.org/10.1055/a-1003-5089
– STI:
  - Fischer, T., et al., Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: Die «Serial Trial Intervention»(STI). Pflegezeitschrift, 2007. (7): p. 370–373.

- Pieper, M.J.C., et al., Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. Journal of the American Geriatrics Society, 2016. **64**(2): p. 261–269. doi:10.1111/jgs.13868
- Güther H, et al., Herausforderndes Verhalten bei Personen mit Demenz: Handlungsempfehlungen für die hausärztliche Versorgung im Pflegeheim. *MMW Fortschr Med.* 2021;163(Suppl 3)).

8.2 Mesures psychosociales et médicamenteuses en cas de SCPD

– Savaskan, E., et al. Behaviorale und psychische Symptome der Demenz (BPSD). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. 2024, Berne: Hogrefe

– S3-Leitlinie «Demenzen»; AWMF Register Nummer: 038/013. Version longue – version du 17.07.2025 Téléchargeable sur https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-013l_S3_Demenzen_2025-07.pdf (zugriff 21.12.2025)

– Schürenberg, A.: Herausforderung BPSD annehmen - Die GeVA-Verstehenshypothese in Zeitender knappen Ressourcen. NOVAcura 2024; 55(2), 49-51

– Schürenberg, A.: Das GeVA-Momentum – Person-konsolidierende Pflege gegen herausforderndes Verhalten. NOVAcura 2024; 55(4), 57-60

8.3 Relations avec les personnes atteintes de démence

- Alzheimer Suisse & Office fédéral de la santé publique, DemCare: *Recommandations à l'attention des établissements médico-sociaux. La prise en soins de personnes atteintes de démence vivant dans un cadre institutionnel.* 2020. Téléchargeable sur: https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/publications-produits/produit/recommandations-a-lintention-des-etablissements-medico-sociaux (Accès 18.12.2025)
- Livingston, G., et al., *Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission.* The Lancet, 2020. **396**(10248): p. 413–446. doi:10.1016/S0140-6736(20)30367- 6
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.), *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, 2019.
- Schürenberg, A.: Pflegebedürftige ins Zentrum stellen… mit Hilfe der „zentralen Lebensthemen". NOVAcura 2024; 55(3), 65-68

8.4 Gestion du délirium

– Urfer Dettwiler P, Zúñiga F, Bachnick S, Gehri B, de Jonghe JFM, Hasemann W. Detecting delirium in nursing home residents using the Informant Assessment of Geriatric Delirium (I-AGeD): a validation pilot study. Eur Geriatr Med. 2022 Aug;13(4):917-931. doi: 10.1007/s41999-022-00612-w. Epub 2022 Feb 10. PMID: 35143027; PMCID: PMC9378321.European Geriatric Medicine https://doi.org/10.1007/s41999-022-00612-w

– Hasemann, W., & Savaskan, E. (Eds.). (2017). *Leitlinie Delir: Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter*. Hogrefe AG.

- Arbeitsgruppe des Universitären Geriatrie-Verbundes Zürich, Delirkonzept. Empfehlungen für die Prävention, die Diagnose, die Behandlung von Delir und die Triage von Delir mit einem interprofessionellen Ansatz, 2019. Téléchargeable sur: https://geriatrie-verbund.ch/wp-content/uploads/2023/03/UGerV_Delirkonzept_v7-FINAL2-mitAnhang.pdf (Accès 18.12.2025)
- CURAVIVA BS et BL (2017). Leitlinie Delir-Management in der Langzeitpflege. Informations sur la formation sur: https://www.curaviva-bs.ch/Fachinformationen/Leitlinie-Delir/P8RbC/ (Accès 18.12.2025)

9. Bibliographie

Aarskog, N. K., Hunskår, I., & Bruvik, F. (2019). Animal-Assisted Interventions With Dogs and Robotic Animals for Residents With Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, *37*(2), 77-93. https://doi.org/10.1080/02703181.2019.1613466

Abbott, R., Orr, N., McGill, P., Whear, R., Bethel, A., Garside, R., Stein, K., & Thompson-Coon, J. (2019). How do "robopets" impact the health and well-being of residents in care homes? A systematic review of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Older People Nursing*, *14*(3), N.PAG-N.PAG. https://doi.org/10.1111/opn.12239

Abengaña, J., Chong, M. S., & Tay, L. (2017). Delirium superimposed on dementia: phenomenological differences between patients with and without behavioral and psychological symptoms of dementia in a specialized delirium unit. *International Psychogeriatrics*, *29*(3), 485-495. https://doi.org/10.1017/s1041610216001836

Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, *7*(3), e012759. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759

Albisser Schleger, H., Mertz, M., Meyer-Zehnder, B., & Reiter-Theil, S. (2019). *Klinische Ethik - METAP. Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett*. Springer Berlin. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58217-6

Alsawy, S., Tai, S., McEvoy, P., & Mansell, W. (2020). 'It's nice to think somebody's listening to me instead of saying "oh shut up"'. People with dementia reflect on what makes communication good and meaningful. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *27*(2), 151-161. https://doi.org/10.1111/jpm.12559

Alzheimer Schweiz, & Bundesamt für Gesundheit. (2020). *Begleitung, Betreuung, Pflege und Behandlung von Personen mit Demenz. Empfehlungen für Langzeitinstitutionen.* https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/publikationen-produkte/produkt/empfehlungen-fuer-langzeitinstitutionen/

Anliker, M., & Bartelt, G. (2015). Resident Assessment Instrument in der Schweiz. Geschichte, Resultate und Erfahrungen aus der Anwendung [journal article]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *48*(2), 114-120. https://doi.org/10.1007/s00391-015-0864-5

Bartholomeyczik, S., Halek, M., & Riesner, C. (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Bundesministerium für Gesundheit (BfG).

Berendonk, C., Stanek, S., Schönit, M., Kaspar, R., Bär, M., & Kruse, A. (2011). Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *44*(1), 13-18. https://doi.org/10.1007/s00391-010-0155-0

Bessey, L. J., & Walaszek, A. (2019). Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Curr Psychiatry Rep*, *21*(8), 66. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1049-5

Birkenhager-Gillesse, E. G., Kollen, B. J., Achterberg, W. P., Boersma, F., Jongman, L., & Zuidema, S. U. (2018). Effects of Psychosocial Interventions for Behavioral and Psychological Symptoms in

Dementia on the Prescription of Psychotropic Drugs: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Journal of the American Medical Directors Association*, *19*(3), 276.e271-276.e279. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.100

Boronat, A. C., Ferreira-Maia, A. P., & Wang, Y.-P. (2019). Sundown Syndrome in Older Persons: A Scoping Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, *20*(6), 664-664. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.03.001

Bränsvik, V., Granvik, E., Minthon, L., Nordström, P., & Nägga, K. (2020). Mortality in patients with behavioural and psychological symptoms of dementia: a registry-based study. *Aging & Mental Health*, 1-9. https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1727848

Bray, J., Brooker, D. J., & Garabedian, C. (2021). What is the evidence for the activities of Namaste Care? A rapid assessment review. *Dementia*, *20*(1), 247-272. https://doi.org/10.1177/1471301219878299

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, *32*, 513-531.

Bundesamt für Gesundheit. (2019). *Assessments in der Langzeitpflege für Menschen mit Demenz*. Bundesamt für Gesundheit.

Burgio, L. D., & Burgio, K. L. (1986). Behavioral gerontology: Application of behavioral methods to the problems of older adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *19*(4), 321-328. https://doi.org/https://doi.org/10.1901/jaba.1986.19-321

Buscher, I., Reuther, S., Holle, B., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2012). *Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz mit Hilfe des Innovativen-demenzorientierten-Assessmentsystems* https://www.dzne.de/fileadmin/Dateien/editors/documents/Standorte/Witten/2012_WELCOME-IdA.pdf

Caspar, S., Davis, E. D., Douziech, A., & Scott, D. R. (2018). Nonpharmacological Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: What Works, in What Circumstances, and Why? *Innov Aging*, *2*(1), igy001. https://doi.org/10.1093/geroni/igy001

Chang, Y.-S., Chu, H., Yang, C.-Y., Tsai, J.-C., Chung, M.-H., Liao, Y.-M., Chi, M.-j., Liu, M. F., & Chou, K.-R. (2015). The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(23-24), 3425-3440. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.12976

Chen, P. J., Chen, K. M., Hsu, H. F., & Belcastro, F. (2022). Types of exercise and training duration on depressive symptoms among older adults in long-term care facilities. *Ageing Res Rev*, *77*, 101613. https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101613

Chen, S. C., Jones, C., & Moyle, W. (2018). Social Robots for Depression in Older Adults: A Systematic Review. *J Nurs Scholarsh*, *50*(6), 612-622. https://doi.org/10.1111/jnu.12423

Cloak, N., & Al Khalili, Y. (2020). Behavioral And Psychological Symptoms In Dementia (BPSD). In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2019). *Applied behavior analysis* (3rd ed.). Pearson Education.

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, *44*(12), 2308-2314.

Cusic, E., Hoppe, M., Sultenfuss, M., Jacobs, K., Holler, H., & Obembe, A. (2022). Multisensory Environments for Outcomes of Occupational Engagement in Dementia: A Systematic Review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, *40*(3), 275-294. https://doi.org/10.1080/02703181.2022.2028954

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Ed.). (2019). *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Hochschule Osnabrück.

Dyer, S. M., Harrison, S. L., Laver, K., Whitehead, C., & Crotty, M. (2018). An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, *30*(3), 295-309. https://doi.org/10.1017/s1041610217002344

Eggenberger, E., Heimerl, K., Bennett, M. I., Eggenberger, E., Heimerl, K., & Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *Int Psychogeriatr*, *25*(3), 345-358. https://doi.org/10.1017/S1041610212001664

Emblad, S. Y. M., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2021). Creative Art Therapy as a Non-Pharmacological Intervention for Dementia: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's disease reports*, *5*(1), 353-364. https://doi.org/10.3233/adr-201002

Erdmann, A., & Schnepp, W. (2012). Validation nach Feil oder Richard? Eine systematische Literaturstudie zur Differenzierung zweier Methoden. *11*, 581-595. https://doi.org/10.3936/1182

Feil, N. (1999). Current concepts and techniques in validation therapy. In M. Duffy (Ed.), *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults* (pp. 590–613). Wiley.

Fischer, T., Spahn, C., & Kovach, C. (2007). Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bie Menschen mit Demenz: Die "Serial Trial Intervention" (STI). *Pflegezeitschrift*(7), 370-373.

Fringer, A., Huth, M., & Hantikainen, V. (2015). Nurses' Learning Experiences With the Kinaesthetics Care Concept Training in a Nursing Home: A Qualitative Descriptive Study. *Educational Gerontology*, *41*(12), 888-902. https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1065684

Greenblatt, H. K., & Greenblatt, D. J. (2016). Use of Antipsychotics for the Treatment of Behavioral Symptoms of Dementia. *Journal of Clinical Pharmacology*, *56*(9), 1048-1057. https://doi.org/10.1002/jcph.731

Grøndahl, V. A., Persenius, M., Bååth, C., & Helgesen, A. K. (2017). The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff - a systematic mixed studies review. *BMC Nurs*, *16*, 28. https://doi.org/10.1186/s12912-017-0223-5

Güther, H., Baranzke, H., & Höhmann, U. (2021). Herausforderndes Verhalten bei Personen mit Demenz. *MMW - Fortschritte der Medizin*, *163*(3), 59-67. https://doi.org/10.1007/s15006-021-0285-x

Guu, T. W., Aarsland, D., & Ffytche, D. (2022). Light, sleep-wake rhythm, and behavioural and psychological symptoms of dementia in care home patients: Revisiting the sundowning syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry*, *37*(5). https://doi.org/10.1002/gps.5712

Guzmán-García, A., Hughes, J. C., James, I. A., & Rochester, L. (2013). Dancing as a psychosocial intervention in care homes: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *28*(9), 914-924. https://doi.org/10.1002/gps.3913

Harris, M. L., Titler, M. G., & Struble, L. M. (2020). Acupuncture and Acupressure for Dementia Behavioral and Psychological Symptoms: A Scoping Review. *West J Nurs Res*, *42*(10), 867-880. https://doi.org/10.1177/0193945919890552

Heimerl, K., Fercher, P., Reitlinger, F., Amman, A., Poppa, S., Erlach-Stickler, G., Kojer, M., & Wappels-Hammer, E. (2010). *Forschungsprojekt Validation und Basale Stimulation. Voraussetzungen und Wirkweisen von zwei Methoden zur personzentrierten Kommunikation mit Menschen mit Demenz (Abschlussbericht)*.

Hemmeter, U., Ngamsri, T., & Henkel, K. (2021). The Role of Exercise for Prevention and Treatment of Depression and Cognitive Decline in the Elderly. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, *Voume 72*(No. 6), 300-306. https://doi.org/10.5960/dzsm.2021.500

Hewer, W., & Thomas, C. (2017). [Treatment with psychotropic agents in patients with dementia and delirium: Gap between guideline recommendations and treatment practice]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *50*(2), 106-114. https://doi.org/10.1007/s00391-016-1176-0 (Psychopharmakotherapie bei Demenz und Delir: Im Spannungsfeld zwischen Leitlinienempfehlungen und Versorgungspraxis.)

Holle, D., Halek, M., Mayer, H., & Bartholomeyczik, S. (2011). Die Auswirkungen der Verstehenden Diagnostik auf das Belastungserleben Pflegender im Umgang mit Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. *Pflege*, *24*(5), 303-316. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000143

Höwler, E. (2008). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz*. Kohlhammer.

Hsu, W. T., Esmaily-Fard, A., Lai, C. C., Zala, D., Lee, S. H., Chang, S. S., & Lee, C. C. (2017). Antipsychotics and the Risk of Cerebrovascular Accident: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(8), 692-699. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.020

Huang, H. C., Chen, Y. T., Chen, P. Y., Huey-Lan Hu, S., Liu, F., Kuo, Y. L., & Chiu, H. Y. (2015). Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People With Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Am Med Dir Assoc*, *16*(12), 1087-1094. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.07.010

James, I. A., & Jackman, L. (2019). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz: Einschätzen, verstehen und behandeln*. Hogrefe.

Jones, N. (2012). Antipsychotic medications, psychological side effects and treatment engagement. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*(7), 492-493. https://doi.org/10.3109/01612840.2012.686560

Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ: British Medical Journal*, *350*. https://doi.org/10.1136/bmj.h369

Kales, H. C., Gitlin, L. N., Lyketsos, C. G., the Detroit Expert Panel on the, A., & Management of the Neuropsychiatric Symptoms of, D. (2014). Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, *62*(4), 762-769. https://doi.org/10.1111/jgs.12730

Kellett, U., Moyle, W., McAllister, M., King, C., & Gallagher, F. (2010). Life stories and biography: a means of connecting family and staff to people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(11-12), 1707-1715. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03116.x

Kitwood, T. (2008). *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Hans Huber.

Koch, J., Amos, J. G., Beattie, E., Lautenschlager, N. T., Doyle, C., Anstey, K. J., & Mortby, M. E. (2022). Non-pharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in residential aged care settings: An umbrella review. *International Journal of Nursing Studies*, *128*, N.PAG-N.PAG. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104187

Kocks, A., & Segmüller, T. (Eds.). (2019). *Kollegiale Beratung im Pflegeteam*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57789-9.

Kovach, C. R., Logan, B. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., Smerz, J., Simpson, M., & Wells, T. (2006). Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, *21*(3), 147-155. https://doi.org/10.1177/1533317506288949

Legere, L. E., McNeill, S., Schindel Martin, L., Acorn, M., & An, D. (2018). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(7-8), e1360-e1376. https://doi.org/10.1111/jocn.14007

Maust, D. T., Kim, H. M., Seyfried, L. S., Chiang, C., Kavanagh, J., Schneider, L. S., & Kales, H. C. (2015). Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. *JAMA Psychiatry*, *72*(5), 438-445. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3018

Meyer, C., & O'Keefe, F. (2020). Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews. *Dementia (14713012)*, *19*(6), 1927-1954. https://doi.org/10.1177/1471301218813234

Mileski, M., Brooks, M., Kirsch, A., Lee, F., LeVieux, A., & Ruiz, A. (2019). Positive physical and mental outcomes for residents in nursing facilities using music: a systematic review. *Clin Interv Aging*, *14*, 301-319. https://doi.org/10.2147/cia.S189486

Mohr, L., Zündel, M., & Fröhlich, A. (2016). *Basale Stimulation – Das Handbuch*. Hogrefe.

Moyle, W., Jones, C., Dwan, T., & Petrovich, T. (2018). Effectiveness of a Virtual Reality Forest on People With Dementia: A Mixed Methods Pilot Study. *Gerontologist*, *58*(3), 478-487. https://doi.org/10.1093/geront/gnw270

Neal, I., du Toit, S. H. J., & Lovarini, M. (2020). The use of technology to promote meaningful engagement for adults with dementia in residential aged care: a scoping review. *Int Psychogeriatr*, *31*(8), 913-935. https://doi.org/10.1017/S1041610219001388

Ngamsri, T., Claussen, M. C., & Hemmeter, U. M. (2020). Körperliche Aktivität und sportliche Bewegung bei Demenz. *sems-journal*.

Nyström, K., & Lauritzen, S. O. (2005). Expressive bodies: demented persons' communication in a dance therapy context. *Health (London)*, *9*(3), 297-317. https://doi.org/10.1177/1363459305052902
Petersen, S., Houston, S., Qin, H., Tague, C., & Studley, J. (2017). The Utilization of Robotic Pets in Dementia Care. *J Alzheimers Dis*, *55*(2), 569-574. https://doi.org/10.3233/jad-160703
Pieper, M. J. C., Francke, A. L., van der Steen, J. T., Scherder, E. J. A., Twisk, J. W. R., Kovach, C. R., & Achterberg, W. P. (2016). Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, *64*(2), 261-269. https://doi.org/10.1111/jgs.13868
Preuss, U. W., Wong, J. W., & Koller, G. (2016). Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review. *Psychiatria Polska*, *50*(4), 679-715. https://doi.org/10.12740/pp/64477 (Przeglad metod leczenia behawioralnych i psychologicznych symptomow otepienia (BPSD).)
Prins, A. J., Scherder, E. J. A., van Straten, A., Zwaagstra, Y., & Milders, M. V. (2020). Sensory Stimulation for Nursing-Home Residents: Systematic Review and Meta-Analysis of Its Effects on Sleep Quality and Rest-Activity Rhythm in Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, *49*(3), 219-234. https://doi.org/10.1159/000509433
Pu, L., Moyle, W., Jones, C., & Todorovic, M. (2019). Psychosocial interventions for pain management in older adults with dementia: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Advanced Nursing*, *75*(8), 1608-1620. https://doi.org/10.1111/jan.13929
Ralph, S. J., & Espinet, A. J. (2018). Increased All-Cause Mortality by Antipsychotic Drugs: Updated Review and Meta-Analysis in Dementia and General Mental Health Care. *Journal of Alzheimer's disease reports*, *2*(1), 1-26. https://doi.org/10.3233/ADR-170042
Reus, V. I., Fochtmann, L. J., Eyler, A. E., Hilty, D. M., Horvitz-Lennon, M., Jibson, M. D., Lopez, O. L., Mahoney, J., Pasic, J., Tan, Z. S., Wills, C. D., Rhoads, R., & Yager, J. (2016). The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. *American Journal of Psychiatry*, *173*(5), 543-546. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.173501
Rostamzadeh, A., Kahlert, A., Kalthegener, F., & Jessen, F. (2022). Psychotherapeutic interventions in individuals at risk for Alzheimer's dementia: a systematic review. *Alzheimers Res Ther*, *14*(1), 18. https://doi.org/10.1186/s13195-021-00956-8
SAMW, S. A. d. M. W. (2018). *Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz. 2. Aufl.* SAMW. https://www.samw.ch/richtlinien
Savaskan, E., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hafner, M., Hasemann, W., Kressig, R. W., Popp, J., Rohrbach, E., Schmid, R., & Verloo, H. (2016). Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. *Praxis*, *105*(16), 941-952. https://doi.org/doi:10.1024/1661-8157/a002433
Savaskan, E., Georgescu, D., Becker, S., Benkert, B., Blessing, A., Bürge, M., Felbecker, A., Hatzinger, M., Hemmeter, U. M., Hirsbrunner, T., Klöppel, S., Latour Erlinger, G., Lornsen, F. J., Ngamsri, T., Peter, J., Schlögl, M., Sollberger, M., Verloo, H., Vögeli, S., & Zúñiga, F. (2024). Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis*, *113*(2), 34-43. https://doi.org/0.23785/PRAXIS.2024.01.001
Savaskan, E., Georgescu, D., & Zúñiga, F. (Eds.). (2024). *Behaviorale und psychische Symptome der Demenz (BPSD). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie*. hogrefe.
Scales, K., Zimmerman, S., & Miller, S. J. (2018). Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Gerontologist*, *58*(suppl_1), S88-s102. https://doi.org/10.1093/geront/gnx167
Smith, B. C., & D'Amico, M. (2020). Sensory-Based Interventions for Adults with Dementia and Alzheimer's Disease: A Scoping Review. *Occupational Therapy in Health Care*, *34*(3), 171-201. https://doi.org/10.1080/07380577.2019.1608488
Song, J.-A., & Oh, Y. (2015). The Association Between the Burden on Formal Caregivers and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Korean Elderly in Nursing Homes. *Archives of Psychiatric Nursing*, *29*(5), 346-354. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.004

Tible, O. P., Riese, F., Savaskan, E., & von Gunten, A. (2017). Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, *10*(8), 297-309. https://doi.org/10.1177/1756285617712979

Tsoi, K. K. F., Chan, J. Y. C., Ng, Y. M., Lee, M. M. Y., Kwok, T. C. Y., & Wong, S. Y. S. (2018). Receptive Music Therapy Is More Effective than Interactive Music Therapy to Relieve Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*, *19*(7), 568-576.e563. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.009

van de Ven-Vakhteeva, J., Bor, H., Wetzels, R. B., Koopmans, R. T., & Zuidema, S. U. (2013). The impact of antipsychotics and neuropsychiatric symptoms on the quality of life of people with dementia living in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *28*(5), 530-538. https://doi.org/10.1002/gps.3858

Van Leeuwen, E., Petrovic, M., van Driel, M. L., De Sutter, A. I., Vander Stichele, R., Declercq, T., & Christiaens, T. (2018). Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, *3*, Cd007726. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007726.pub3

von Dach, C., & Mayer, H. (2023). *Personzentrierte Pflegepraxis - Grundlagen für Praxisentwicklung, Forschung und Lehre*. Hogrefe. https://doi.org/10.1024/86123-00

Wang, G., Albayrak, A., & van der Cammen, T. J. M. (2018). A systematic review of non-pharmacological interventions for BPSD in nursing home residents with dementia: from a perspective of ergonomics. *International Psychogeriatrics*, 1-13. https://doi.org/10.1017/s1041610218001679

Wang, G., Albayrak, A., & van der Cammen, T. J. M. (2019). A systematic review of non-pharmacological interventions for BPSD in nursing home residents with dementia: from a perspective of ergonomics. *Int Psychogeriatr*, *31*(8), 1137-1149. https://doi.org/10.1017/s1041610218001679

Woods, P., & Ashley, J. (1995). Simulated presence therapy: using selected memories to manage problem behaviors in Alzheimer's disease patients. *Geriatr Nurs*, *16*(1), 9-14. https://doi.org/10.1016/s0197-4572(05)80072-2

Wu, J., Wang, Y., & Wang, Z. (2017). The effectiveness of massage and touch on behavioural and psychological symptoms of dementia: A quantitative systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, *73*(10), 2283-2295. https://doi.org/10.1111/jan.13311

Yang, S. Y., Shan, C. L., Qing, H., Wang, W., Zhu, Y., Yin, M. M., Machado, S., Yuan, T. F., & Wu, T. (2015). The Effects of Aerobic Exercise on Cognitive Function of Alzheimer's Disease Patients. *CNS Neurol Disord Drug Targets*, *14*(10), 1292-1297. https://doi.org/10.2174/1871527315666151111123319

Yeh, T. C., Tzeng, N. S., Li, J. C., Huang, Y. C., Hsieh, H. T., Chu, C. S., & Liang, C. S. (2019). Mortality Risk of Atypical Antipsychotics for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Meta-Analysis, Meta-Regression, and Trial Sequential Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *39*(5), 472-478. https://doi.org/10.1097/jcp.0000000000001083

Young, R., Camic, P. M., & Tischler, V. (2016). The impact of community-based arts and health interventions on cognition in people with dementia: a systematic literature review. *Aging & Mental Health*, *20*(4), 337-351. https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1011080

Yunusa, I., Alsumali, A., Garba, A. E., Regestein, Q. R., & Eguale, T. (2019). Assessment of Reported Comparative Effectiveness and Safety of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Network Meta-analysis. *JAMA Netw Open*, *2*(3), e190828. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0828

Zwijsen, S. A., Kabboord, A., Eefsting, J. A., Hertogh, C. M., Pot, A. M., Gerritsen, D. L., & Smalbrugge, M. (2014). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *29*(4), 384-391. https://doi.org/10.1002/gps.4014

Éditeur
CURAVIVA – Association de branche des prestataires au service des personnes âgées

Auteur·es

Prof. Dr Franziska Zúñiga, Brigitte Benkert, Sonja Baumann, Sciences infirmières, Departement Public Health, Université de Bâle

Samuel Vögeli, vögeli-beratung GmbH, Bad Zurzach

Remarque concernant la version révisée : la version actuelle se base sur des contenus élaborés en collaboration avec l'UBA (Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter), notamment le Dr Albert Wettstein et le Dr Max Giger.

Avec la collaboration de:
Prof. Dr méd. Egemen Savaskan, Klinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zurich
Ansgar Schürenberg, Zentrum Passwang, Breitenbach
Anna Konrad, infirmière en pratique avancée MScN, Alterszentrum Adlergarten, Alter und Pflege Stadt Winterthur
Esther Leu, Stiftung Hofmatt, Münchenstein

Règle de citation
CURAVIVA (2026; Hrsg.). Guide: Évaluation et traitement des symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démence.

Renseignements/informations
E-Mail: info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2026