
Les cris et les lamentations des patients atteints de démence (deuxième partie)

Les cris sont des troubles de comportement témoignant d'une grande détresse chez les patients qui peuvent être très perturbateurs tout en étant une source de stress considérable pour les autres patients et aussi pour le personnel soignant. Après avoir exploré, dans la première partie, leurs causes possibles, j'aborderai, dans cette seconde partie, les principes et des exemples d'approches et d'interventions thérapeutiques, en mettant une plus grande emphase sur les approches non pharmacologiques.

par Bernard Groulx, M.D., CM, FRCPC



Le Dr Groulx est psychiatre en chef à l'hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue et professeur agrégé à l'université McGill de Montréal (Québec).

J'ai longtemps hésité à écrire cette seconde partie. Il m'était beaucoup plus facile de me poser des questions sur les causes des cris et des lamentations, chez les patients souffrant de démence que de trouver des réponses, car il est difficile de les comprendre. J'avais déjà constaté, en effet, que

les études ou les recherches portant spécifiquement sur ce comportement sont très rares, et, par conséquent, la documentation scientifique est limitée. De plus, je pensais, et je le fais toujours d'ailleurs, que la recherche des causes était fondamentalement la meilleure des réponses à ce problème de comportement.

Il y a cependant des principes d'approches thérapeutiques dont il est important de se rappeler et, sans doute, quelques exemples à donner. Rappelons également que nous parlons ici de patients souffrant de démence modérément sévère à sévère et qui sont, par définition, incapables d'expliquer pourquoi ils crient.

Cadre théorique

Personne n'a pu expliquer aussi clairement la façon d'analyser un trouble de comportement que le Dr J. Cohen-Mansfield. Ses nombreux écrits mettent les besoins insatisfaits au centre de la dynamique des troubles de com-

portement, comme par exemple les cris et les lamentations (voir tableau 1). La source et les causes d'insatisfaction se trouvent dans la personnalité, la condition physique et mentale actuelle et l'environnement du patient. Dans le contexte d'une démence avancée, ce besoin insatisfait s'exprimera par le biais d'une des façons suivantes :

- un trouble de comportement qui comblera le besoin,
- un trouble de comportement qui communiquera le besoin,
- un trouble de comportement résultant de la frustration ou d'autres affects négatifs qui interagissent avec une inhibition décroissante.

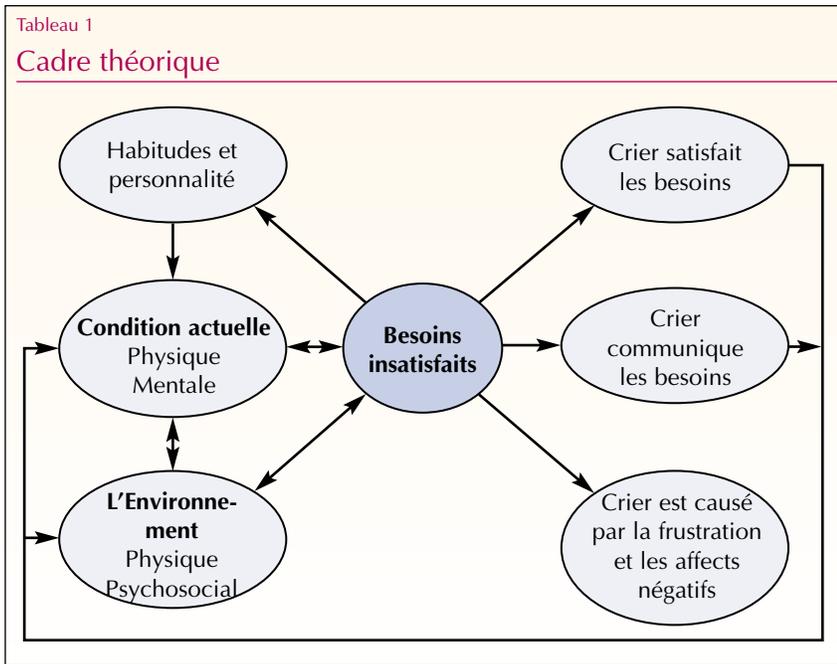
Voyons comment la théorie du cri s'applique dans ce cadre théorique.

Le cri comble un besoin

Par la nature même de la démence, le monde intérieur du patient rapetisse et devient de plus en plus vide. À ce vide, des

Tableau 1

Cadre théorique



déficits sensoriels peuvent s'ajouter (perte de vision ou, encore plus, perte de l'audition). Il est possible qu'un patient sente le besoin de remplir son monde intérieur par du bruit, que nous interprétons comme un cri. C'est la seule explication que je peux donner au fait que, à quelques occasions, on a pu faire cesser les cris et les lamentations en comblant ces pertes. Une prothèse auditive ou des verres correctifs plus adaptés peuvent donc, parfois, faire cesser les cris.

Le vide psychique, ou le vide de l'âme, si vous me pardonnez l'expression, est encore plus commun et entraînera, chez bien des patients, de grands sentiments de solitude et d'ennui. Dans ce cas, le cri peut, bien sûr, combler ce vide mais, pour être honnête, il est plus logique de penser que c'est un moyen de

communiquer ce sentiment de solitude.

Le cri communique un besoin

Douleur physique. Il est évident que quelqu'un va me dire qu'il y va de soi que tout le monde pense à la douleur en entendant quelqu'un crier, mais ce n'est malheureusement pas le cas. Les patients souffrant de démence ne le font souvent pas de façon « habituelle ». Il faut donc comme clinicien y penser constamment. Il faut porter une attention très particulière aux douleurs arthritiques qui vont justement se manifester lors des soins d'hygiène ou de l'habillement. Une bonne façon de se rappeler de la douleur chez nos patients est de l'inscrire dans les dossiers comme cinquième signe vital. En d'autres mots, lorsque les signes vitaux sont inscrits,

ayons le réflexe automatique d'inclure les manifestations (expressions faciales, positionnement des membres, etc.) d'une douleur possible. N'oublions pas que la faim est une autre douleur souvent présente sans que nous y pensons.

Douleur psychique, particulièrement la dépression. Il est surprenant, du moins dans mon expérience, à quel point nous pensons peu aux cris comme étant une expression d'une dépression ou d'une maladie affective majeure. Bien sûr, les cris sont souvent agressants pour tout le monde et ils perturbent les autres patients ainsi que le personnel. L'étiquette de « trouble comportemental » vient alors facilement à l'esprit et si nous utilisons une médication, nous nous tournerons invariablement vers les neuroleptiques. Comme nous le verrons plus loin, j'ai eu beaucoup plus de succès avec des antidépresseurs, pour ces patients souffrants, qu'avec toute autre médication.

Solitude et angoisse. La démence, avec la confusion inhérente et la désorientation du patient peuvent lui procurer, malgré la présence de nombreuses personnes à proximité, un grand sentiment de solitude ou d'angoisse de peur d'être abandonné. Le cri peut alors être perçu comme un appel à l'aide. De nombreuses approches thérapeutiques peuvent combler ce sentiment de solitude et je n'en mentionnerai que quelques-unes. Il va

de soi que de parler au patient est la façon la plus facile de combler ce besoin. Cela est facile d'y penser lorsque le patient nous parle, mais lorsqu'il est aphasique ou lorsque qu'il sombre dans sa démence, il ne communique pratiquement pas. Il faut se rappeler de lui parler et se forcer à le faire, et ce, de façon régulière. Mentionnons que les études et le bon sens nous montrent que toucher le patient (sur la main, sur l'avant-bras, etc.) ou le masser, en lui parlant, a beaucoup plus d'impact. Même si la tentation est grande pour vouloir isoler ces patients qui crient pratiquement tout le temps et vouloir de les éloigner des autres, il est important de considérer le contraire car il peut mener à de meilleurs résultats. En effet, en les ramenant plus près de l'aire de travail des infirmières, où il y a beaucoup de va-et-vient et d'action, on peut atténuer cette sensation de solitude.

Sur le plan clinique, les patients avec un stade avancé de la démence ont souvent des besoins affectifs similaires à ceux de jeunes enfants. Il n'est donc pas surprenant qu'un objet transitionnel (poupée, toutou ou autre) qui, en étant un symbole et la prolongation d'un être aimant et protecteur, peut rassurer l'enfant et faire de même pour le pauvre patient perdu dans sa démence. De la même façon mais plus directe, de grands portraits ou des affiches des membres de sa

famille, ou encore de sa « nouvelle famille » (formée par le personnel infirmier), sur les murs de sa chambre peuvent empêcher le patient de crier.

Si les objets transitionnels peuvent être utiles, les animaux de compagnie ont fait encore plus leurs preuves. La zoothérapie régulière peut être une excellente solution, et nous avons obtenu d'excellents résultats justement avec les patients qui crient en ayant de façon permanente des chats dans certaines unités. Parfois, ce n'est pas la présence « d'un » chien qui diminue les lamentations du patient, mais celle de « son » chien. Encore une fois,

La démence, avec la confusion inhérente et la désorientation du patient peuvent lui procurer, malgré la présence de nombreuses personnes à proximité, un grand sentiment de solitude ou d'angoisse de peur d'être abandonné. Le cri peut alors être perçu comme un appel à l'aide.

des portraits grandeur nature du chien favori peut faire des miracles. J'ai même vu un patient qui n'avait jamais cessé de crier, malgré tous les essais pharmacologiques et toutes les approches, jusqu'au jour où nous avons pu installer près de son lit une de ses sculptures en porcelaine (grandeur réelle) qui ressemblait beaucoup au chien qu'il avait eu dans le passé. Sans évidemment bouger ou montrer quelque signe de vie, ce chien de porcelaine avait quand même su rassurer le patient. et ce dernier avait cessé complètement de crier. Parfois, ce ne sont que des

bruits qui peuvent avoir un effet, et des cassettes audio émettant des bruits de la mer ou des chants d'oiseaux peuvent être alors utiles.

Frustration. Parfois le patient est frustré parce qu'il est très excité. S'il y a trop de stimuli autour de lui, ou que son « espace vital » est encombré, cela crée un sentiment d'angoisse qui l'amène à crier. Il est évident, à ce moment-là, que nous devons éloigner le patient de la télévision, ou d'endroits trop passants, etc. Toutefois, pour être honnête, c'est le contraire qui est la norme et très souvent la cause des cris et des lamentations découle du fait que le patient n'est pas stimulé et qu'il s'ennuie. Une radio ou,

encore plus, une cassette audio avec sa musique favorite peut être utile. La télévision peut l'être également, mais je dois dire que j'ai vu autant de fois où la télévision avait empiré les cris que de fois où elle avait soulagé l'angoisse du patient. Donc, prudence ici.

Les activités manuelles qui sont familières, simples et répétitives ont fait leur preuve pour beaucoup de troubles de comportement, y compris les cris. Plier des serviettes ou des bas occupe le patient et peut même lui donner la sensation d'être utile et le valoriser. On a créé plus récem-

Tableau 2

Principes d'une approche non pharmacologique

- Observer
- Évaluer le passé et le présent
- Identifier le ou les besoins insatisfaits
- Faire correspondre l'intervention aux besoins, aux caractéristiques personnelles, à l'environnement
- Faire plusieurs essais dans un processus d'approches-évaluations

ment, pour des patients avec une démence un peu plus avancée, de grands tabliers avec de multiples poches boutonnées ou à fermeture éclair. Pendant parfois des heures, le patient va déboutonner et reboutonner et remplir ainsi de façon concrète le vide de son esprit. Pour les patients qui sont moins atteints, avoir des revues ou des catalogues peuvent être pratique, quoiqu'ils ne liront pas mais le fait de les feuilleter produira le même effet. Du côté plus actif, des promenades ou mêmes des exercices légers réguliers ont parfois canalisé cette énergie anxieuse qui les faisait crier et amené à arrêter ce comportement. Finalement, des expériences qui impliquaient directement des membres de la famille ont eu un certain succès. Des cassettes audio ou même vidéo avec des membres de la famille parlant ensemble et s'adressant parfois au patient ont eu des résultats intéressants. Dans cette optique, les meilleurs résultats ont été obtenus avec des cassettes audio que nous faisons continuellement jouer, pour le temps désiré, et aussi par l'intermédiaire d'un

membre de la famille qui semblait avoir une « conversation téléphonique » avec le patient, soit par des questions, des commentaires, et des nouvelles, sans oublier les pauses appropriées.

Désorientation. S'il nous arrive d'être désorientés pendant quelques secondes ou quelques minutes ou même plus lorsque nous sommes dans une ville étrangère ou lors d'un brusque réveil, nous ressentons tous une frustration qui peut très facilement se transformer en angoisse douloureuse. Imaginons maintenant être dans cet état jour après jour, nuit après nuit. Il n'est pas surprenant que la simple désorientation puisse être en fait une source de ces cris et de ces lamentations. En plus de tout ce qui a été mentionné auparavant, il ne faut évidemment pas oublier les objets de base, c'est-à-dire la présence de grosses horloges, de calendriers, d'affiches avec le nom complet du patient, à la portée des yeux et, évidemment, il faut prendre l'habitude de réorienter le patient qui crie lors de chaque interaction que nous avons avec lui.

Jusqu'à présent et dans l'article précédent, nous avons suivi les grands principes des approches non pharmacologiques (tableau 2). Le plus difficile de ces principes est le dernier : la patience. En effet, les cris et les lamentations continus d'un patient sont un symptôme tellement frustrant et bouleversant pour tous que l'on souhaite une résolution du problème dans les plus brefs délais. Comme nous le verrons plus loin, nous ne l'aurons pas avec les approches pharmacologiques, et les approches non pharmacologiques, en bout de compte assez efficaces, nous amènent aussi à un paradoxe. Il faut à la fois donner à une approche particulière assez de temps pour qu'elle puisse fonctionner et, en même temps, savoir reconnaître qu'une approche non réussie doit être remplacée par d'autres alternatives d'approches.

Approches pharmacologiques

Au risque de me répéter, les cris, les lamentations des patients sont un symptôme beaucoup trop complexe pour qu'une simple approche pharmacologique, sauf quelques exceptions, puisse résoudre le problème. Les exceptions, mentionnées ci-dessus, sont la douleur ou les problèmes médicaux occultes, comme une infection chronique, des troubles gastro-intestinaux, de la constipation, etc. Une fois que ces problèmes sont éliminés, j'essaie toujours de voir si une simple réduction de tension ou d'angoisse serait la

solution. Un essai avec le lorazépam à raison de 0,5 mg ou l'oxazépam à raison de 10 ou 15 mg prescrit une ou à deux fois par jour, ou au coucher, pourra nous le dire assez vite. Ces médicaments peuvent être avantageusement remplacés par du trazodone à raison de 25 mg.

Si cette approche n'a aucun succès, ma seconde ligne de pensée, et j'ai mentionné pourquoi auparavant, est un antidépresseur. Du citalopram avec une dose thérapeutique cible de 20 mg par jour ou de la venlafaxine pour une dose cible habituelle de 75 mg par jour sont deux choix intéressants. D'autres le sont aussi, mais il importe surtout de se rappeler d'éviter ceux qui ont des effets secondaires néfastes pour la personne âgée démente, en particulier anticholinergiques, et que, peu importe l'antidépresseur choisi, le traitement peut prendre facilement jusqu'à six semaines avant d'être efficace.

Ce n'est qu'en troisième lieu, même si c'est souvent le premier choix de bien des cliniciens, que j'essaie des neuroleptiques. Les atypiques sont évidemment fortement recommandés, puisque nous voulons nous éloigner des effets secondaires anticholinergiques et

extrapyramidaux. Pour des patients en état de démence avancée, les doses maximales quotidiennes habituelles sont le rispéridone à raison de 1 mg, l'olanzapine à raison de 5 mg et la quétiapine à raison de 100 mg à 150 mg.

Conclusion

Il n'a pas été facile d'écrire sur ce sujet, car la littérature scientifique est rare et la recherche l'est encore plus. Malgré l'aide que nous apportent tous nos outils pharmacologiques, l'expérience nous montre que l'approche est d'abord non pharmacologique et consiste à arriver à comprendre ce que le patient peut vivre ou ressentir. De plus, il faut essayer, avec beaucoup d'imagination, de trouver des solutions pour un patient particulier. C'est pourquoi les quelques solutions proposées dans cet article ne sont qu'une toute petite partie des solutions possibles. En effet, l'approche doit toujours être basée sur un ou des besoins spécifiques non satisfaits chez un patient particulier et dans des circonstances uniques. Le but de cet article est donc de stimuler l'imagination et la créativité des cliniciens afin qu'ils fassent l'effort de trouver la bonne solution pour leurs patients en souffrance. Devant un patient

dément qui ne communique que par des cris et des lamentations constantes, nous pouvons nous sentir désorientés et découragés. Il faut alors se rappeler les grands principes qui sont la base des meilleurs soins à donner aux patients souffrant de démence :

- Nous pouvons faire quelque chose pour les patients atteints de démence;
- Plusieurs facteurs peuvent causer une invalidité grave chez les patients souffrant de démence;
- Les patients souffrant de démence ont une force résiduelle;
- La communication entre les patients atteints de démence et leur entourage se révèle souvent difficile, mais il est possible de l'améliorer pour augmenter la qualité des interactions et la compréhension;
- Le comportement des patients atteints de démence représente des émotions et des besoins significatifs, et ce, même s'ils ne sont pas exprimés de façon conventionnelle et compréhensible;
- Plusieurs facteurs de l'environnement physique et social ont une influence sur le comportement des patients souffrant de démence.

Lectures suggérées :

1. Groulx, B. « Les cris et les lamentations des patients atteints de démence (première partie) », *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*, vol. 6, no 2, janvier 2004, p. 11-14.
2. Cohen-Mansfield, J. (2000). « Theoretical Frameworks for Behavioral Problems in Dementia », *Alzheimer's Care Quarterly*, 1 (4):8-21.
3. Cameron, J. et J. Cohen-Mansfield. « Use of Non-Pharmacological Interventions Among Nursing Home Residents with Dementia », *Psychiatric Services*, vol. 53, no 11, novembre 2002, p. 1397-1401.
4. Cohen-Mansfield, J. et N. Billig. « Agitated Behaviors in the Elderly: a Conceptual Review », *J AM Geriatr Soc* 1986;34:711-21.
5. Cohen-Mansfield, J. et L. Deutsch. « Agitation: Subtypes and their mechanisms », *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 1996;1:325-339.
6. Burgio, L. « Interventions for behavioral complications of Alzheimer's Disease: behavioral approaches ». *Int Psychogeriatr* 1996;8(supp.1):45-52.
7. Cohen-Mansfield, J., Werner, P. et M. S. Marx. « Screaming in nursing home residents. » *J AM Geriatr Soc* 1990;38:785-92.