

TROUBLES COMPORTEMENTAUX DANS LES DEMENCES

Docteur Philippe Taurand

Chef de Service de Gériatrie (Centre Hospitalier Eaubonne-Montmorency)

Séance octobre 2004

1. GENERALITES

Les démences regroupent des entités très différentes, en fonction des étiologies, on distingue :

- ▶ **La maladie d'Alzheimer** dans 3/4 des cas des démences
- ▶ La maladie à Corps de Lewy où les troubles cognitifs sont proches de la maladie d'Alzheimer et pouvant s'associer à un syndrome parkinsonien,
- ▶ **Les démences fronto-temporales** où le trouble comportemental frontal précède l'atteinte cognitive,
- ▶ La maladie de Steele-Richardson (paralysie supra-nucléaire progressive)
- ▶ Les démences vasculaires.

Plus on avance dans la compréhension des démences, plus on s'aperçoit qu'il y a :

- ▶ Des modes évolutifs différents allant des formes d'évolution rapide aux formes d'évolution lente
- ▶ Des formes où l'atrophie cérébrale est focale, à côté de celles plus fréquentes où l'atrophie est diffuse.

Les démences ont actuellement une identité qui ne cesse d'évoluer avec de nouveaux concepts. Toutefois, on retrouve toujours 2 types de symptômes dans les démences :

- ▶ Les troubles intellectuels (cognitifs),
- ▶ Les troubles du comportement. Ce sont les troubles psycho-comportementaux qui posent le plus de problème de prise en charge.

Il existe des troubles du comportement en marge du syndrome cognitif dans tous les types de démence. Ces troubles comportementaux ne sont pas autonomes, ils sont favorisés par l'atteinte cognitive.

2. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT AU COURS DES DEMENCES

2.1. Variable ...

Ainsi on va retrouver pour chaque démence un trouble du comportement un peu particulier :

Dans la **maladie d'Alzheimer**, parallèlement aux troubles intellectuels, ce sont principalement :

- Des idées de préjudice et le délire paranoïaque,
- Des troubles de l'humeur à type dépression.

Dans la **maladie à corps de Lewy**, où là aussi les troubles comportementaux sont concomitants avec les troubles intellectuels cognitifs, ce sont les hallucinations visuelles qui sont au cœur des troubles comportementaux.

Dans les **démences Fronto-Temporales (DFT)**, le tableau clinique est différent. Les troubles comportementaux sont précoces, précédant les troubles cognitifs. Ils peuvent être de plusieurs types, désinhibition ou à l'inverse comportement ralenti, apathique.

Dans la **maladie de Steele-Richarson**, les troubles comportementaux sont différents :

- Conduite de préhension
- Incapacité à inhiber des programmes moteurs automatiques (par exemple : applaudissement impossible à interrompre)

Dans les **démences vasculaires**, les troubles comportementaux sont aussi fréquents que dans la maladie d'Alzheimer, mais :

- En fait, le plus souvent il s'agit de démences mixtes,
- il existe peu de démences vasculaires pures dont le diagnostic est difficile à porter avec précision. On retient, comme critère principal de démence vasculaire, l'apparition de troubles cognitifs dans les 3 mois qui suivent un AVC, alors qu'ils n'existaient pas avant celui-ci.

2.1. Dans la maladie d'Alzheimer

2.1.1 Les troubles cognitifs

Le trouble de la mémoire est le trouble intellectuel situé au centre de la maladie. Il va pouvoir survenir aux différents niveaux de la mémoire :

La mémoire à court terme comprend :

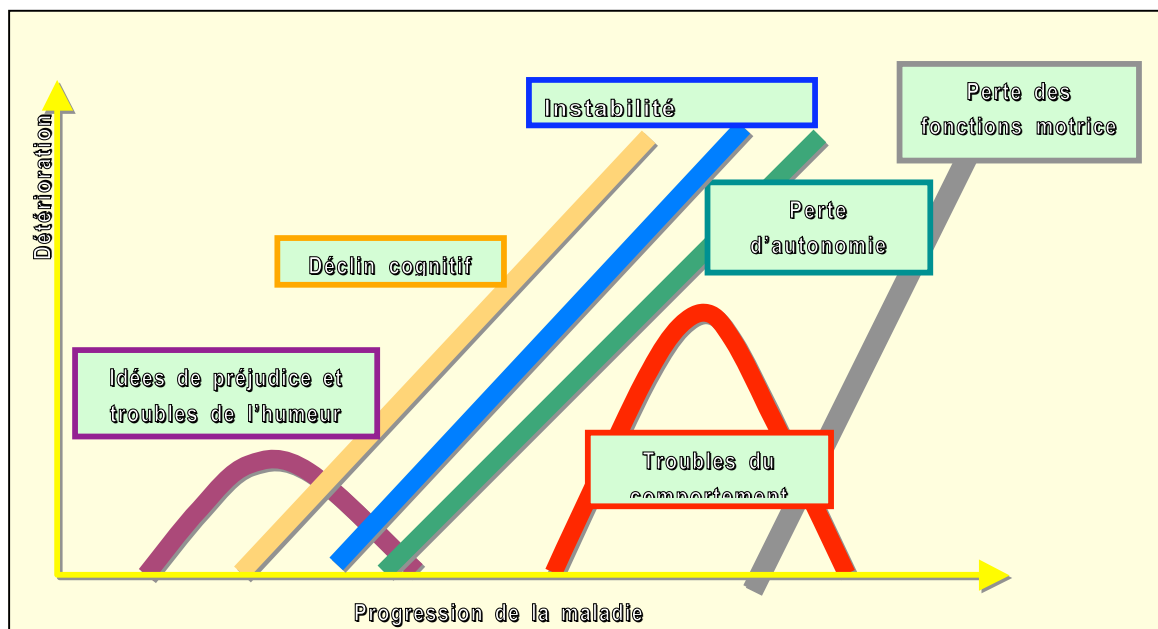
- la « mémoire de travail » correspondant à la capacité de gérer plusieurs informations pendant une période courte. Elle est recherchée, par exemple dans le M.M.S, lors de l'établissement d'une série numérique par soustraction d'un même chiffre, la répétition de mots simples

La mémoire à long terme comprend :

- La mémoire non déclarative de type procédural, peu touchée dans les démences ou tardivement (par ex : conduite automobile). La mémoire déclarative comprenant :
 - o La mémoire épisodique correspondant à la capacité à relater des épisodes de la vie, récents ou anciens. Au début l'atteinte des faits récents est prépondérante mais au cours de l'évolution le gradient temporel a tendance à s'estomper.
 - o La mémoire sémantique correspondant à la capacité à faire la différence entre des objets, des êtres vivants ... Les difficultés à distinguer les animaux est plus précoce que pour la distinction des objets.

A côté du trouble de la mémoire mais lié à lui, on retrouve :

- L'atteinte de l'attention
- Le dysfonctionnement fronto-cognitif (presque constant) : incapacité à programmer des tâches ou à anticiper des situations (par exemple, utilisation du téléphone, des transports en commun, gérer un traitement, ses papiers, son argent)
- La désorientation,
- Les troubles du langage (manque du motet appauvrissement global, paraphasies phonémiques et sémantiques),
- Les troubles de la gestuelle (apraxies),
- Les troubles de la reconnaissance (visages peu familiers au début, plus tardivement l'entourage).



2.1.2. Les troubles du comportement

Tous les troubles intellectuels s'associent à des troubles du comportement qui classiquement apparaissent de façon un peu retardée, mais souvent on s'aperçoit qu'ils sont en fait très précoces.

C'est la mémoire épisodique qui est touchée et c'est cette amnésie qui va être à l'origine de nombreux troubles du comportement. En effet, en prenant les troubles du comportement les uns après les autres on s'aperçoit qu'il existe un lien dans l'éclosion du trouble et le déficit mnésique. Ainsi les idées de préjudice et le délire paranoïaque sont largement favorisés par l'incapacité du patient à se souvenir des endroits où il a pu ranger certains objets. Il est assez naturel d'attribuer à autrui la responsabilité de ces pertes.

L'amnésie apparaît bien comme un facteur prépondérant dans l'apparition des idées de préjudice.

- La perte de mémoire représente une blessure narcissique très importante pour les patients. Pour certains auteurs, la blessure narcissique est constante dans la maladie d'Alzheimer. L'amnésie représente là encore un facteur favorisant l'éclosion d'une dépression.
- Toutefois, beaucoup de malades Alzheimer sont totalement anosognosiques et ont un déni des troubles et de la réalité des problèmes qu'ils rencontrent.
- L'errance, la déambulation permanente (dromomanie) s'expliquent par l'amnésie des lieux, l'oubli des motivations et l'incapacité à identifier des endroits qui étaient auparavant parfaitement connus.
- L'agitation, l'angoisse, la peur sont elles aussi favorisées par l'amnésie.

Il est évident à l'heure actuelle que les troubles cognitifs favorisent l'apparition des troubles comportementaux et il apparaît que les anticholinestérasiques ont également un effet sur les troubles comportementaux, à tel point qu'ils sont maintenant recommandés de les utiliser en première intention avant les antidépresseurs ou les neuroleptiques dans la prise en charge des troubles comportementaux.

Troubles intellectuels		Troubles comportementaux	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Oublis des faits récents ▶ Oublis des faits anciens ▶ Atteinte de la mémoire de travail ▶ Diminution de l'attention ▶ Désorientation ▶ Troubles du langage ▶ Troubles de la gestuelle ▶ Troubles du jugement ▶ Troubles du raisonnement ▶ Troubles de la reconnaissance visuelle ▶ Anosognosie 		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Agitation ▶ Agressivité ▶ Errances ▶ Insomnie ▶ Dépression ▶ Apathie ▶ Délire/Hallucinations ▶ Troubles sexuels ▶ Cramponnement et poursuite ▶ Angoisse et peur ▶ Labilité émotionnelle 	

2.1.3. L'évolution de la maladie d'Alzheimer

L'évolution de la maladie d'Alzheimer est lentement progressive :

- Au début, on retrouve très souvent des idées de préjudice, des troubles de l'humeur.
- Les troubles du comportement majeurs, l'agressivité surviennent plus tardivement et ensuite le déclin cognitif.
- Assez précocement l'instabilité posturale occasionne les chutes fréquemment rencontrées chez les patients Alzheimer.
- Puis progressivement survient la perte d'autonomie et en dernier la perte des fonctions motrices.

Une aggravation brusque des troubles (souvent trouble confusionnel) au cours d'une maladie d'Alzheimer doit inciter à détecter :

- une pathologie intercurrente plus ou moins sévère (épisode infectieux, pneumopathie, globe vésical, fécalome, trouble du rythme cardiaque ...) dont le traitement adapté permettra de récupérer l'état antérieur avec parfois quelques séquelles.
- Les éléments perturbants ne sont pas toujours organiques. Ils peuvent être iatrogènes, et parfois même psychologiques (perturbation dans son environnement, élément dépressif,...). Il faut savoir les prendre en compte et les traiter.

2.1.4. La prise en charge des symptômes psycho-comportementaux

Les troubles du comportement sont à bien différencier des troubles intellectuels et l'effort pédagogique du médecin est primordial dans l'explication des symptômes à l'entourage et aux aidants naturels, acteurs principaux de la prise en charge.

a) Agitation, nervosité, Agressivité, Akathisie (patient ne tenant pas assis)

Le patient change de caractère, il devient méfiant, ou agressif avec son entourage qui ne comprend pas toujours ce qui aggrave le conflit.

Le rôle de l'aidant

Il est aussi important que le rôle du médecin et que le traitement médicamenteux :

- faire comprendre à l'aidant de l'importance à rester calme
- simplifier l'environnement,
- préserver l'espace de déambulation en se souvenant que les mesures de contention majorent l'anxiété, l'agressivité et ne règlent absolument rien.
- Laisser déambuler les patients agités à leur guise dans un environnement rassurant et sans risque (espace sous forme de cloître dans les unités de psychogériatrie).
- Limiter l'espace parfois ; certains patients agités ont besoin d'un environnement réduit pour pouvoir prendre leurs repas.

Le rôle du médecin

- Il est avant tout d'essayer de comprendre ce qui se passe : rechercher une frustration, une anxiété, une peur, un préjudice, une douleur, un état confusionnel lié à une prise médicamenteuse, une cause somatique (globe vésical, fécalome, ...).
- Ensuite de prendre certaines dispositions :
- S'il n'existe pas de perturbation majeure, il n'est pas nécessaire de traiter systématiquement.
- Il faut limiter les contentions. Quand elle est nécessaire, il y a obligation de la prescrire et de renouveler la prescription ce qui est peu réalisable en pratique. Dans les institutions, il faut faire en sorte que les contentions fassent l'objet d'une réflexion avec l'équipe soignante et qu'elles ne soient pas décidées par un soignant isolément.
- Le traitement médicamenteux est parfois inévitable (neuroleptiques, anticholinestérasiques) :
 - a) Si certains recommandent de ne rien prescrire dans les troubles psycho-comportementaux de la maladie d'Alzheimer en dehors des anticholinestérasiques (Aricept®, Exelon ®) ou de la mémantine (Ebixa ®) à un stade plus avancé, cette attitude semble souvent contestable, car ne répondant pas aux exigences de la vie quotidienne et ne tenant pas compte de la réalité du patient et des aidants.
 - b) Toutefois ne jamais prescrire de neuroleptiques sans surveillance à long terme. En effet, il existe un risque d'accumulation du produit dans les graisses d'où un relargage possible du produit et un risque de somnolence, de chute ou de malaises retardés. Il est nécessaire de diminuer les doses dès l'amélioration des symptômes.

b) Idées de préjudice

Rôle de l'aidant :

- Rechercher s'il existe un persécuteur désigné. Malheureusement, il s'agit en général de la personne qui vient le plus en aide au patient. Le plus souvent il s'agit du conjoint qui s'épuise nerveusement et des études ont mis en évidence une augmentation des maladies coronariennes chez les conjoints de malades Alzheimer.
- Conseiller à l'aidant de ne pas écouter le malade, d'ignorer, de « laisser glisser », de ne pas se sentir concerné. Parfois ne pas chercher à trop expliquer.
- Repérer les endroits de rangement, prévoir des objets en double (clés...) peuvent s'avérer utiles.

Le rôle du médecin

C'est d'évaluer le retentissement et d'atténuer le délire avec des neuroleptiques ou les anticholinestérasiques qui peuvent avoir aussi un effet bénéfique

c) Apathie, ralentissement

La perte d'initiative, la perte des centres d'intérêts habituels et le repli sur soi sont très fréquents au cours de l'Alzheimer et sont parfois faussement attribués à une symptomatologie dépressive.

Chez les malades Alzheimer, on rencontre plus souvent des apragmatismes, une incapacité à s'investir dans la vie que d'authentiques syndromes dépressifs. Le diagnostic de dépression est porté souvent avec trop de facilité, parce qu'il est facile de prescrire un antidépresseur d'autant que les nouvelles molécules sont bien supportées.

En cas d'apragmatisme intense, il ne faut pas contraindre à faire, mais encourager à faire, proposer des activités agréables (programmes d'activités physiques et ludiques pour les patients Alzheimer dans les unités spécialisées).

Rechercher un médicament responsable (sédatif, anxiolytique)

Proposer un accueil de jour

La mémentine (Ebixa®) peut avoir un effet bénéfique. Elle doit être prescrite à dose progressive 1/2 comprimé par jour pendant la 1^{ère} semaine, puis augmentation d'i/2 cp par semaine jusqu'à atteindre la dose de 1 comprimé 2 fois par jour. Ne pas dépasser cette posologie pour éviter le risque d'hallucinations. Une réponse favorable est possible au moins pendant les premiers mois avec reprise d'un intérêt à faire des choses.

d) Angoisse et peur

Angoisse et peur pouvant aller jusqu'à l'attaque de panique sont très fréquents chez l'Alzheimer du fait des troubles cognitifs. Les causes sont multiples :

- Incapacité à s'orienter dans le temps
- Agnosie des lieux, des visages (prosopagnosie)
- Hallucinations visuelles
- Incapacité à s'adapter à toute situation nouvelle

L'aidant doit rassurer (intérêt du contact physique, du toucher), distraire, assurer un environnement stable.

A noter que le passage en maison de retraite peut être bénéfique, quand le domicile est devenu anxiogène et que les aidants extérieurs, intervenant ponctuellement, ne sont plus identifiés. La maison de retraite peut s'avérer rassurante en redonnant un cadre, des horaires précis de fonctionnement. Certains patients s'améliorent en institution.

Le recours aux anxiolytiques peut être utile, ou à un antidépresseur sérotoninergique en cas d'attaque de panique.

e) Cramponnement, Poursuite

Le cramponnement est très fréquent à un stade évolué, et se rencontre plutôt chez les patients institutionnalisés. Il est mal supporté par l'aidant en l'épuisant. Le malade va au devant de l'aidant pour se rassurer, avoir une présence.

L'aidant doit garder son calme, rassurer en expliquant, trouver une occupation au malade en cas d'absence de l'aidant, car le malade est souvent perdu, confus quand il perd son support.

L'« Accueil de Jour » est souvent bénéfique pour le malade et l'aidant (séjour de répit).

Eventuellement, prescription de mémentine ou d'anticholinestérasique.

f) Hallucinations

Elles sont fréquentes dans toutes les démences.

Dans le cas particulier de la maladie à corps de Lewy, les hallucinations sont stéréotypées plus souvent visuelles qu'auditives, de caractère un peu angoissant.

Le malade adhère à ses hallucinations ce qui les rend difficile à critiquer.

Elles sont parfois favorisées par un handicap sensoriel (diminution de l'acuité visuelle). Plus fréquentes le soir à la baisse de la luminosité, elles s'atténuent avec un bon éclairage.

Le rôle de l'aidant

- Ne pas discuter les convictions du malade lorsqu'elles sont fortes,
- Détourner l'attention du patient,
- Eviter les contraintes qui majorent les hallucinations.

Le rôle du médecin

Il consiste toujours à se poser la question de savoir si les troubles comportementaux productifs de la maladie d'Alzheimer ne redonnent pas une certaine richesse perdue du fait de l'atteinte cognitive (amnésie, appauvrissement de la mémoire). Les phénomènes délirants, hallucinatoires peuvent redonner une vie affective un peu plus riche.

- ▶ Si les hallucinations sont bien supportées, et épisodiques, il est logique de ne rien faire.
- ▶ Si les hallucinations sont angoissantes, source de souffrance et de retentissement sur la vie quotidienne, les neuroleptiques antidélirants (Risperdal®, Haldol®) ou plus sédatifs (Largactil®) sont à essayer. Dans tous les cas, les posologies sont à adapter à chaque cas : certains patients vont réagir favorablement à quelques gouttes, parfois moins de 5 gouttes 3 fois par jour ; d'autres nécessitent des posologies plus importantes pour contrôler leur trouble.

Dans le cas particulier de la maladie à corps de Lewy, les neuroleptiques sont déléterés, d'où la contre indication absolue à leur emploi. Le Risperdal® peut cependant être utilisé.

g) Errance, dromomanie

Il faut éviter les contentions

Les médicaments sont ici très peu efficaces

Conseiller le système anti-fugue pour pouvoir laisser déambuler le malade. C'est à l'institution de s'adapter, ce n'est pas le malade qui pourra s'adapter à l'institution.

h) Dépression

Le risque est de porter le diagnostic de dépression trop rapidement :

- Ralentissement et apragmatisme démentiel sont difficiles à différencier de la perte de l'élan vital.
- Il faut rechercher le maximum de symptômes dépressifs :
- Tristesse +++ (peu de dépression sont capables de sourire)
- Si le patient se met à pleurer, faire la différence entre le pleurer spasmodique des syndromes lacunaires ou des atteintes du tronc avec labilité émotionnelle.
- Les échelles d'évaluation sont peu utilisables. C'est l'écoute du patient, la tonalité du discours, les signes qu'on peut lire sur son visage qui doivent permettre d'évaluer la tristesse.
- Tenir compte des troubles associés (douleur, somatisations, troubles alimentaires)
- Interroger l'entourage, les soignants à la recherche d'une rupture dans le comportement du malade.

Chez le malade Alzheimer, éviter les tricycliques, qui peuvent favoriser un état confusionnel ou des crises, épileptiques. Utiliser préférentiellement un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (Prozac®, ...).

i) Comportements déplacés

Ils sont fréquents comme dans toutes les démences, caractérisés par le levée de l'inhibition et un mécanisme frontal ; exhibitionnisme, urination, mange des excréments à un stade évolué.

Rechercher une explication possible.

- Le traitement médicamenteux : une amélioration sous anticholinestérasiques est possible, sinon recours aux neuroleptiques.
- En ce qui concerne les conduites érotomaniaques fréquentes chez les hommes, le recours aux antiandrogènes périphériques donne parfois des résultats.

2.2. Troubles du comportement dans la démence Fronto-Temporale

C'est la démence où les troubles du comportement sont au premier plan. Elle débute par des troubles du comportement avant d'entraîner des troubles cognitifs.

2.2.1. Description de la démence Fronto-Temporale

Elle est caractérisée par une atrophie cérébrale antérieure, survenant typiquement chez un sujet plutôt jeune, mais pouvant survenir à un âge plus avancé.

L'incidence des formes familiales est assez élevée. Cela différencie la démence Fronto-Temporale de la maladie d'Alzheimer où il existe bien une prédisposition familiale, mais il s'agit alors de formes sporadiques tardives qui ne sont pas associées à une mutation sur un gène.

Le diagnostic est possible à l'interrogatoire de l'entourage.

La présentation du patient est souvent évocatrice : patient désinhibé ou apathique, indifférent, négligé, souvent anosognosique.

Le M.M.S. est souvent normal parce que le patient a souvent peu de troubles cognitifs. On trouve une séméiologie typiquement frontale.

Principaux troubles du comportement dans la démence Fronto-Temporale

- ▶ Une hyperoralité
- ▶ Un changement de goût alimentaire
- ▶ Parfois une appétence pour l'alcool
- ▶ Une instabilité motrice
- ▶ Une irritabilité
- ▶ Une désinhibition verbale
- ▶ Un trouble du comportement émotionnel
- ▶ Une négligence personnelle
- ▶ Un désintérêt social
- ▶ Des conduites stéréotypées et persévératives
- ▶ Un émoussement affectif ou une exaltation

2.2.2. Sur le plan psychométrique

Le bilan est pauvre :

- Parfois une diminution de la fluence verbale
- Ultérieurement peuvent être notés :
 - Une atteinte de la mémoire du rappel différé qui est influencé par l'indiquage
 - Une atteinte de la mémoire de travail
 - Une désorientation temporelle parfois modérée
 - Une difficulté dans la reproduction de figures géométriques
 - Un manque du mot
 - L'orientation spatiale reste longtemps assez bonne

Donc à un stade évolué, on retrouve les symptômes de la maladie d'Alzheimer. C'est l'interrogatoire rétrospectif qui permet alors le diagnostic.

L'électro-encéphalogramme est normal.

A l'imagerie radiologique l'atrophie cérébrale antérieure est mise en évidence, ainsi qu'à la scintigraphie avec un hypodébit vasculaire dans les régions cérébrales antérieures.

2.2.3. Evolution et traitement

Il existe peu de traitement à proposer :

- Les anticholinestérasiques ne sont pas indiqués, car ils aggravent les troubles cognitifs
- La prescription de sérotoninergiques comme la Trazodone (Pragmarel ®), permet un certain contrôle de l'hyperphagie, de l'anxiété, de l'instabilité motrice.
- Les neuroleptiques ont un effet délétère, comme dans la maladie à corps de Lewy

La phase avec peu de troubles cognitifs est plutôt longue, mais lorsque apparaît l'altération du M.M.S. il y a une accélération du déclin évolutif. Au stade évolué, il n'y a pas de différence avec une maladie d'Alzheimer à composante frontale.

3. SYNDROME DE GLISSEMENT

3.1 Définition

3.1.1. Historique

C'est CARRIE qui a inventé le mot en 1956, à l'occasion de sa thèse, étudiant des vieillards en hospice.

Il désignait ainsi une façon de mourir assez inexplicable des vieux « par un processus d'involution et de sénescence » distinct de celui qui frappe un patient atteint d'une défaillance d'un organe déterminé dans le cadre d'une affection précise.

Le nom de « syndrome de glissement » a été employé dès 1956 par des gérontologues pour désigner un état de « cachexie » résultant d'un « processus d'involution et de sénescence porté à son état le plus complet » et qui présente un risque quasi constant d'évolution mortelle.

Reprise du syndrome par les gérontologues jusqu'à la définition classique d'Yves DELOMIER en 1978 et 1985.

3.1.2. Le syndrome de glissement

«C'est une affection spécifique du grand âge », comportant une décompensation rapide de l'état général faisant suite à une affection aiguë

- Infectieuse,
- Traumatique,
- Vasculaire,
- Chirurgicale,
- Choc psychique, etc.

C'est une maladie qui suit la maladie initiale quand celle-ci paraît guérie ou en voie de guérison.

Elle évolue pour son propre compte en jours ou semaine et conduit facilement à la mort à travers des troubles biologiques et neuropsychiques sévères.

En somme, ce sont des vieillards de plus de 80 ans porteurs

- De lourdes affections somatiques relativement stabilisées et qui viennent de se remettre apparemment d'une atteinte organique aiguë.
- Tout devrait aller bien... or leur état s'aggrave de façon inexorable sans qu'on puisse agir sur l'étiologie d'un processus qu'on ne comprend pas ce qui ne facilite pas la conduite thérapeutique.

3.2. Le syndrome clinique

Il est composé d'éléments disparates non constants chez tous les patients. Sur le plan psychique, Il comporte un tableau imprécis mélangé parfois aux données étiologiques supposées :

Troubles somatiques		Troubles comportementaux	
<ul style="list-style-type: none">▶ Une tension artérielle abaissée▶ Asthénie,▶ Adynamie,▶ Anorexie,▶ Adipsie,▶ Météorisme abdominal sur constipation chronique▶ Incontinence,▶ Un syndrome de déshydratation extracellulaire		<ul style="list-style-type: none">▶ Choc psychique▶ Tableau confuso-dépressif,▶ Agitation et troubles caractériels	

3.3. L'évolution

Elle se fait par :

- L'aggravation des constantes biologiques,
- Une rechute infectieuse,
- L'apparition foudroyante d'escarres,
- Une adynamie et indifférence

Tout cela aboutissant à la mort en quelques semaines.

3.4. Traitement

Le traitement était autrefois considéré comme impossible puisque le tableau comporte :

- Une résistance aux antidépresseurs,
- Un manque de compliance aux soins de maternage,
- Un refus de la kinésithérapie,
- Un refus alimentaire et des boissons,
- Un laisser aller sphinctérien dans l'indifférence,
- Un refus des médicaments.

De telles formes irréversibles existent sans doute, elles évoluent très vite et constituent un défi à l'action thérapeutique.

Mais, l'action possible passe d'abord par une différenciation des tableaux voisins du syndrome mélancolique qui pourra réagir à un traitement jusqu'alors inefficace,

- De la régression psychomotrice que l'on parviendra à remobiliser malgré les obstacles initiaux.
- Le refus du maternage pourra être contourné par certaines attitudes soignantes différentes (exemple : le contournement du refus alimentaire ou de la boisson).

3.6. Conclusion

Le nom de « syndrome de glissement » n'est pas employé dans la nosologie psychiatrique, mais très couramment par les médecins généralistes et par les soignants qui dépistent, au sein de la population âgée, des états de renoncement psychologique à la vie, associés à un effondrement somatique qui comporte habituellement dénutrition, adynamie, troubles du contrôle sphinctérien, atonie vésicale et intestinale, puis finalement escarres, troubles de l'équilibre hydro-électrolytique, menant au décès.

4. CONCLUSIONS

La compréhension des troubles est indispensable.

La fluctuation (fréquente) des troubles impose une évaluation approfondie (fréquence, durée...)

L'évolutivité (constante) impose une adaptation régulière des traitements.

Les aidants sont essentiels pour le diagnostic et la thérapeutique.

