

	ISSN 0000-4407 Avril 2009 – Vol. 167 – N° 3 – p. 171–250
ANNALES MÉDICO PSYCHOLOGIQUES	
REVUE PSYCHIATRIQUE Fondée en 1843 par J. Saillarger BULLETIN OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE	ÉDITORIAL Psychiatrie et maladie d'Alzheimer <i>J. Julienques</i> 171 MÉMOIRES ORIGINAUX La routinisation : un symptôme transnosographique ? <i>J. Boussion, P. Chambrea, I. Julienques</i> 172 De l'intentionnalité à l'anticipation dans la démence de type Alzheimer <i>B. Frotage</i> 179 Les relations thérapeutiques en psychiatrie hospitalière <i>V. Salem, O. Clément, G. Zimmermann, C. Follack, P. Pirenoud, G.G. Bielel</i> 188 Les variables associées à la décision d'hospitalisation <i>M. Damrak, N. Ayadi</i> 195 SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE : SÉANCE DU LUNDI 20 OCTOBRE 2008 PSYCHIATRIE ET MALADIE D'ALZHEIMER Ouverture de la séance 200 COMMUNICATIONS Symptômes comportementaux et psychologiques des démences : aspects cliniques <i>V. Camus, L. Zawadzki, N. Peru, K. Mondon, C. Frommet, P. Gailhard</i> 201 La signification de l'altération des facultés cognitives dans les syndromes démentiels : conséquence d'un processus organique et/ou symptôme d'un mécanisme de défense psychique, comment faire la part des choses ? <i>J. Maisondieu</i> 206 Psychothérapies dans les démences <i>S. Toussery, C. Héron, J. Pellerin</i> 210 Prise en charge non pharmacologique des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer <i>P.-H. Robert, A. Deudon, N. Maubourguet, E. Leona, X. Genais, P. Brocker, L. Carcallon, S. Riff</i> 215 Traitements pharmacologiques des troubles psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer <i>P. Verdé, E. Harfen, D. Sechter</i> 219 Historique des démences séniles et préséniles <i>S. Etion, G. Massé</i> 224 La question éthique du respect de l'autonomie <i>F. Gill</i> 230 FORMATION CONTINUE Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte : concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques <i>C. Blondeau, J.-P. Rénéric, C. Martin-Gueth, M. Bouvard</i> 234 DICTIONNAIRE BIOGRAPHIQUE Un légiste : Auguste Ambroise Tardieu (1818–1879) <i>M. Bérnécze, J. Bérder</i> 243

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.


Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com

ANNALES MÉDICO
PSYCHOLOGIQUES

Annales Médico-Psychologiques 167 (2009) 215–218

Communication

Prise en charge non pharmacologique des troubles
du comportement dans la maladie d'Alzheimer
Nonpharmaceutical treatment of behavioural troubles
in Alzheimer's disease

P.-H. Robert^{a,*}, A. Deudon^a, N. Maubourguet^b, E. Leone^a, X. Gervais^b,
P. Brocker^a, L. Carcaillon^c, S. Riff^d

^a Centre mémoire de ressources et de recherche, hôpital de Cimiez, CHU–université de Nice–Sophia-Antipolis,
4, avenue reine Victoria, 06000 Nice, France

^b Fédération française des associations de médecins coordonnateurs (FFAMCO) d'EHPAD

^c Inserm, unité 897, université Victor-Segalen–Bordeaux-2, Bordeaux, France

^d Association Alzheimer Côte-d'Azur, Nice, France

Disponible sur Internet le 24 février 2009

Résumé

Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) comme l'agitation, l'agressivité, l'opposition, les symptômes psychotiques (hallucinations ou idées délirantes) sont souvent documentés par les aidants ou les soignants au cours de la prise en charge de personnes âgées. Considérant l'efficacité limitée et l'ampleur des effets secondaires observés avec les traitements psychotropes, la majorité des directives existantes soulignent l'importance des traitements non pharmacologiques. Le but de cet article est de décrire les problèmes méthodologiques majeurs rencontrés dans les études sur les traitements non pharmacologiques et de présenter l'étude traitements non médicamenteux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un essai randomisé conduit dans 16 EHPAD.
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Psychological and behavioural symptoms of dementia such as agitation, aggressiveness, opposition, psychotic symptoms (hallucinations or delusions) are often documented by health care aids or nurses while caring for aged persons. Considering the limited efficiency and the extent of secondary effects observed during treatment by psychotropic substances, the majority of existing directives emphasize the importance of nonpharmaceutical treatments. The aim of this article is to describe the methodological problems met in the studies of nonpharmaceutical treatments and to present the nonpharmaceutical treatment study in dependent old people's homes, based on a randomised trial in 16 dependent old people's homes.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Maladie d'Alzheimer ; Traitement non pharmacologique ; Troubles du comportement

Keywords: Alzheimer's disease; Non pharmacological treatment; Behavioural symptoms

1. Introduction

Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) constituent des manifestations majeures et fréquentes [8,10,13] de la maladie d'Alzheimer (MA) et d'autres démences. Leur prévalence augmente avec la

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : phil.robert15@orange.fr (P.H. Robert).

progression de la maladie [3], ils sont associés à une institutionnalisation accélérée [5] et leurs conséquences sur le fonctionnement du patient sont considérables. Ils sont, de plus, responsables d'une part importante de la souffrance des patients et de leurs aidants.

Considérant l'efficacité limitée et l'ampleur des effets secondaires lors de la prise de psychotropes, la majorité des directives existantes soulignent l'importance des stratégies non pharmacologiques.

Les traitements non médicamenteux (TNM) recouvrent différents aspects et objectifs (orientation dans le réel, réhabilitation cognitive, stimulation cognitive, réminiscence thérapie...) [4,15–17]. Ces stratégies sont largement utilisées en consultation mémoire, en accueil de jour, dans les centres de réadaptation, les hôpitaux de jour des départements gériatriques, par les orthophonistes, dans les unités de soins spécialisés, les maisons de retraite médicalisées ou résidentielles, mais il n'existe cependant que peu de preuves de leur efficacité à court ou moyen terme.

Plusieurs revues de la littérature ont été réalisées afin d'évaluer l'efficacité des traitements non pharmacologiques pour les patients ambulatoires ou vivant en institution. Livingston et al. [11] ont par exemple identifié un total de 1632 études sur le sujet et seulement 162 ont satisfait l'ensemble des critères scientifiques d'inclusion à la revue. Des méthodes spécifiques d'éducation des aidants ou des équipes soignantes et la stimulation cognitive semblent avoir des effets positifs sur les SPCD qui se maintiennent dans le temps. Les auteurs soulignent que le manque de résultats significatifs concernant les autres types de thérapies ne constitue pas une preuve de leur inefficacité. Les conclusions sont néanmoins restreintes du fait du nombre limité de recherches avec un haut niveau de qualité scientifique [1,3].

Le **Tableau 1** résume les problèmes méthodologiques majeurs rencontrés dans ce type de recherche et évoqués par les différentes revues de la littérature [1].

2. L'étude traitements non médicamenteux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

En France, la MA a été sélectionnée comme la cause nationale de 2007 et un plan national a récemment été développé. Pourtant, le nombre d'essais cliniques axés sur les SPCD en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est fortement limité.

L'étude sur les TNM en EHPAD avait pour objectif d'évaluer l'efficacité à court et à moyen termes d'une stratégie de formation sur les troubles du comportement à type d'agitation, d'agressivité et des symptômes psychotiques chez des patients présentant une MA ou une pathologie apparentée et vivant en EHPAD.

Le programme de formation consistait à la fois à fournir des conseils quant à la prise en charge spécifique des SPCD et, par ailleurs, à inciter le personnel soignant des EHPAD à apporter des solutions non pharmacologiques à ce type de perturbations comportementales.

Tableau 1

Faiblesses méthodologiques dans les études sur les traitements non pharmacologiques.

Population

- Taille des échantillons limitée ne permettant pas de conclusions statistiques
- Absence de groupe contrôle
- Pas de randomisation
- Absence de donnée sur le diagnostic
- Peu d'informations concernant le perdu de vue des patients pendant le suivi

Traitements non pharmacologiques

- Description insuffisante des techniques utilisées
- Manque de standardisation des techniques
- Manque d'uniformité dans l'application des traitements non pharmacologiques

Évaluation des SPCD

- Évaluation en double insu impossible
- Évaluateur non indépendant
- Multiplicité des outils d'évaluation
- Variabilité des évaluateurs
- Sensibilité de l'échelle
- Confusion entre la description et l'évaluation du suivi
- Manque d'évaluation réelle et claire des SPCD
- Manque d'évaluation des traitements sur le long terme

Analyses statistiques

- Manque de détail sur la réalisation et les objectifs des analyses
- Statisticien non indépendant

2.1. Population

L'étude a été conduite dans 16 EHPAD de deux régions françaises (Gironde et Alpes-Maritimes). Les établissements ont été sélectionnés au hasard à partir de la liste de la totalité des EHPAD existants dans chacune des deux régions et randomisés en fonction de leur statut administratif (privé, public, associatif).

La majorité des résidents des établissements sélectionnés présentaient une démence. Le ratio personnel soignant/résident s'échelonnait de 0,09 à 0,45. Un membre de l'équipe de recherche était chargé de contacter les directeurs des différents EHPAD sélectionnés afin de recueillir leur accord.

Un questionnaire était par la suite envoyé au médecin coordonnateur de l'établissement. Chaque médecin devait alors, en association avec les membres des équipes soignantes, recruter des résidents. Le questionnaire regroupait des informations démographiques, le diagnostic ICD-10 [14], le score au *Mini Mental State Examination* (MMSE) et l'occurrence, parmi une liste préétablie, des SPCD du résident.

L'inclusion des patients, effectuée par l'intermédiaire du questionnaire, dépendait du diagnostic de MA ou d'une pathologie apparentée, du niveau cognitif (MMSE \leq 24) et de la présence au moins une fois par semaine d'au moins un des SPCD suivant : opposition au soin, comportement moteur aberrant, agitation, délire, hallucination ou cris. Le projet a reçu l'approbation du comité éthique de Nice. L'étude, considérée comme une procédure clinique de soin courant, n'a pas nécessité la signature d'un consentement éclairé par le patient ou son accompagnant.

2.2. Méthodologie

Les EHPAD étaient répartis de façon aléatoire entre le groupe de référence et le groupe d'intervention. Cette méthodologie a été privilégiée afin d'éviter des répercussions sur l'évaluation spécifique de l'intervention. Aucun des EHPAD ne partageait des locaux ou du personnel.

Les EHPAD faisant partie du groupe de référence avaient pour consigne de poursuivre leur fonctionnement habituel, de ne pas modifier leurs pratiques et techniques de prise en charge des patients.

2.3. Programme d'entraînement du personnel

Deux professionnels indépendants dotés d'une grande expérience dans la prise en charge de patients déments assuraient le programme de formation. Dans chacun des établissements du groupe d'intervention, le programme débutait par une formation théorique sur la démence, les SPCD et sur les facteurs de prévention, notamment l'utilisation de fiches pratiques explicatives.

Quatre types de fiches regroupant des conseils pratiques pour la prise en charge des SPCD étaient proposés aux soignants. Elles avaient été conçues dans le but d'être les plus maniables et résistantes possible de manière à être facilement transportables par les membres des équipes soignantes.

La première fiche apportait des directives générales sur « quoi faire » et « quoi éviter » face à l'opposition au soin, les comportements moteurs aberrants, l'agitation, le délire, les hallucinations ou les cris.

La deuxième expliquait comment se comporter en fonction du moment de la journée pour éviter ou réduire l'apparition des SPCD (par exemple sur ce qu'il est conseillé de faire au moment du coucher du patient ou des repas).

Les deux autres fiches résumaient des recommandations sur les traitements non pharmacologiques, donnant des exemples et des idées de « mini-interventions » élaborées pour prendre en charge des SPCD isolés et ponctuels.

Le reste du programme de formation proposait des sessions individuelles et interactives pendant lesquelles les formateurs apportaient des feedback constructifs sur la façon dont les soignants avaient géré certains SPCD. Les formateurs insistaient également sur l'importance d'utiliser les fiches dans leur pratique quotidienne. Les formateurs étaient à la disposition de chacun des membres des équipes soignantes, à la façon d'un coach, deux heures deux fois par semaine le premier mois de la formation et deux heures une fois par semaine le second mois, laissant ainsi l'opportunité à un entraînement, à des conseils et à des feedback plus personnalisés.

2.4. Évaluations

Les évaluations étaient réalisées par quatre psychologues « aveugles » quant à la condition de l'établissement dans l'étude (groupe de référence ou groupe d'intervention)

préalablement entraînés à l'utilisation des outils d'évaluation retenus pour l'étude. Aucun des évaluateurs ne participait à la formation du personnel. Chaque psychologue réalisait les évaluations dans les mêmes établissements tout au long de l'étude. Les informations concernant les résidents étaient collectées auprès des équipes soignantes à qui on demandait de ne pas communiquer sur les objectifs de la recherche.

Avant de réaliser les évaluations, la première consistait à confirmer les éléments du *screening* et de recueillir des informations démographiques, cliniques et thérapeutiques sur les patients.

Concernant les évaluations inhérentes à l'étude, les données étaient collectées en ligne de base (S0), la huitième semaine (S8), c'est-à-dire à la fin du programme d'entraînement, et à la 20^e semaine (S20), soit trois mois après la fin de l'intervention. Les outils d'évaluation regroupaient l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) [9], particulièrement utile lors du *screening*, et d'autres instruments sélectionnés pour leur possible plus grande sensibilité au changement : l'inventaire d'agitation de Cohen Mansfield (CMAI) [5], une échelle d'observation (EO) et l'échelle de qualité de vie spécifique à la MA (QoL-AD) [12].

Le NPI version équipe soignante est un instrument basé sur un entretien avec les aidants visant à recueillir des informations pour évaluer les troubles du comportement du patient. Les 12 items du NPI ont été divisés en quatre sous-catégories : psychose, hyperactivité, apathie et affectif. Dans l'étude, nous avons ciblé le sous-groupe psychose, composé des items hallucination et délire, et le sous-groupe hyperactivité, composé des items agitation, euphorie, désinhibition, irritabilité et comportement moteur aberrant. Les scores à chaque sous-groupe correspondent à la somme des fréquences gravité pour chacun des items du NPI concernés.

La CMAI est un instrument basé sur un entretien avec les aidants (formels ou informels) évaluant la fréquence de 29 comportements observés sur une période recouvrant les deux semaines antérieures à l'entretien. En plus du score global, il est possible d'obtenir quatre sous-scores [7] : l'agitation physique agressive et non agressive et l'agitation verbale agressive et non agressive.

L'EO est dérivée de l'*Agitated Behaviour Mapping Instrument* (ABMI) [6] et a été développée spécialement pour cette étude afin d'évaluer les troubles du comportement par l'observation directe du patient. L'EO se focalise plus particulièrement sur l'agitation, elle est constituée de 25 items décrivant des SPCD positifs. Les évaluateurs observent le patient pendant trois minutes, plus le score est élevé, plus le patient présente de perturbations comportementales.

2.5. Analyses statistiques

L'étude était élaborée sur un plan croisé 2 (conditions : intervention vs contrôle) × 4 (évaluations : S0 vs S4 vs S8 vs S20). Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS par un analyste indépendant, ne faisant pas partie de l'équipe de recherche.

Tableau 2
Corrélation entre instruments d'évaluation des SPCD en ligne de base.

	CMAI Score global	NPI hyperactivité Fréquence × Gravité	NPI hyperactivité Score de retentissement
Échelle d'observation	0,245**	0,201**	0,118*
CMAI score global		0,655	0,632**
NPI hyperactivité Fréquence × Gravité			0,901**

Coefficient de corrélation de Pearson : * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

2.6. Premiers résultats

L'étude a été conduite entre le 15 octobre et le 15 décembre 2007 dans l'ensemble des maisons de retraite, le suivi à trois mois a été réalisé en mars 2008. Le planning de la recherche était ainsi établi afin d'éviter de réaliser des évaluations pendant les fêtes de fin d'année.

Le processus d'inclusion a permis de recruter 306 résidents (22 % de la population totale) parmi les 1369 vivant dans les 16 EHPAD.

Afin de comptabiliser le nombre de patients ayant les troubles du comportement les plus sévères, une seconde sélection a été réalisée en utilisant comme critère un score de fréquence × gravité supérieur à sept sur un maximum de 12 aux items des sous-groupes hyperactivité et/ou psychose du NPI. Deux cent vingt-deux patients, soit 39,9 %, des résidents inclus dans l'étude et 9 % du nombre total de résidents vivant dans les EHPAD sélectionnés correspondaient à ce critère. Les symptômes d'hyperactivité étaient également plus fréquents que les symptômes psychotiques.

Le Tableau 2 établit les relations entre les scores au NPI, à la CMAI et à l'EO. Comme escompté, les corrélations entre les échelles utilisant l'avis des aidants sont corrélés significativement (score de fréquence × gravité au NPI, score de retentissement au NPI et score global à la CMAI). La corrélation entre les échelles cotées par les aidants et l'EO, dont la cotation été réalisée par un évaluateur indépendant, était moins élevée. Il est raisonnable de penser que les différents points de vue sont authentiques et complémentaires. Cela souligne l'importance d'avoir plusieurs types d'évaluation dans les études comportementales.

3. Conclusion

Les directives professionnelles statuent sur le fait que « pour les patients vivant en institution, la prise en charge des SPCD fait partie du plan institutionnel. Les équipes soignantes ont un rôle capital dans l'évaluation, la gestion et le suivi des SPCD. Les traitements non pharmacologiques et le soutien des patients doivent être préférés et utilisés en première instance dans la pratique courante » [2].

Nous espérons que l'étude TNM en EHPAD, en démontrant la faisabilité d'une recherche randomisée sur les traitements

non pharmacologiques en maison de retraite en France, permettra d'avancer vers une meilleure compréhension de ces prises en charges.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Remerciements

L'étude TNM en EHPAD a été soutenue par la direction générale de la Santé, la fondation MEDERIC et la CNSA.

Références

- [1] Ayalon L, et al. Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Arch Intern Med* 2006;166:2182–8.
- [2] Benoit M, et al. Professional consensus on the treatment of agitation, aggressive behaviour, oppositional behaviour and psychotic disturbances in dementia. *J Nutr Health Aging* 2006;10:410–5.
- [3] Chambless D, Hollon S. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:7–18.
- [4] Clare L, et al. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *The Cochrane Library* 2003;4:1–66.
- [5] Cohen-Mansfield J. Agitation in the elderly: advances in psychosomatic medicine. In: Bilig N, Rabins P, editors. *Geriatric psychiatry*. Switzerland: Karger S; 1989. p. 101–13.
- [6] Cohen-Mansfield J, Werner P, Marx MS. An observational study of agitation in agitated nursing home residents. *Int Psychogeriatr* 1989; 1:153–65.
- [7] Cohen-Mansfield J, Werner P, Marx MS. The Spatial distribution of agitation in agitated nursing home residents. *Environ Behav* 1990;22:408–19.
- [8] Cummings J, Back C. The cholinergic hypothesis of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998;6:64–78.
- [9] Cummings JL, et al. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44: 2308–14.
- [10] Jost BC, Grossberg GT. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history. *J Am Geriatr Soc* 1996;44: 1078–81.
- [11] Livingston G, et al. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005;162:1996–2021.
- [12] Logsdon R, et al. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *American Psychosomatic Society* 2002;64:510–9.
- [13] Lyketsos CG, et al. Randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial of sertraline in the treatment of depression complicating Alzheimer's disease: initial results from the depression in Alzheimer's disease study. *Am J Psychiatry* 2000;157:1686–9.
- [14] Pull CB. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. CIM-10/ICD-10. OMS 1992, Genève : Masson.
- [15] Vink AC, et al. Music therapy for people with dementia. *The Cochrane Library* 2005;3:1–19.
- [16] Thorgrimsen L, Schweitzer P, Orrell M. Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy* 2002; 29:93–7.
- [17] Thorgrimsen L, et al. Aroma therapy for dementia. *The Cochrane Library* 2005;3:1–14.