

***Prise en charge
par l'équipe soignante en EHPAD
des Symptômes
Comportementaux et Psychologiques
de la Maladie d'Alzheimer
et des Démences Apparentées***

Docteur Jean-Charles GIMBERT

Décembre 2012

Table des matières

Préambule.....	Page 3
Première partie : Connaitre les SCPD.....	Page 4
I) Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	
A) <i>Définition</i>	
B) <i>Classification et description</i>	
II) Les démences	
A) <i>Définition et critères diagnostiques</i>	
B) <i>Les SCPD en fonction de la démence</i>	
C) <i>Cas pratique : l'EHPAD Saint Dominique</i>	
III) Ethiopathogénie des SCPD	
A) <i>L'atteinte neurobiologique</i>	
B) <i>Les facteurs propres à l'individu</i>	
C) <i>Les facteurs environnementaux</i>	
Deuxième partie : Evaluer les SCPD	Page 13
I) Pourquoi évaluer ?	
A) <i>Pour le résident</i>	
B) <i>Pour les aidants et le personnel soignant</i>	
C) <i>Pour l'institution</i>	
II) Comment évaluer ? : Le NPI-ES	
Troisième partie : Prendre en soin les SCPD.....	Page 23
I) Les principes généraux	
A) <i>Avoir les bonnes attitudes</i>	
B) <i>Savoir être et savoir faire</i>	
II) Attitude face à un SCPD	
A) <i>Apprécier globalement la situation</i>	
B) <i>Eliminer une confusion aigüe</i>	
C) <i>Analyser le comportement problème</i>	
III) Les interventions face aux SCPD	
A) <i>Interventions non médicamenteuses</i>	
B) <i>Interventions médicamenteuses</i>	
C) <i>Autres interventions</i>	
Quatrième partie : Rôle du Médecin Coordonnateur.....	Page 44
Conclusion.....	Page 50
Bibliographie.....	Page 51

Préambule

Le statut d'EHPAD, créé en 2002, correspond à des maisons de retraite médicalisées. Il tend à s'imposer progressivement et aujourd'hui les 3/4 des maisons de retraite sont désormais des EHPAD.

Au 1^{er} Janvier 2011, le nombre d'EHPAD était d'environ 7 000 en France pour plus de 500.000 résidents, et on en comptait environ 260 en Lorraine, accueillant près de 20.000 résidents, dont un peu plus de 100 EHPAD en Moselle (avec 6.700 lits).

Partant du constat que l'âge d'entrée en maison de retraite est de plus en plus avancé (85 ans en moyenne actuellement), les EHPAD offrent un suivi médical renforcé avec des équipes soignantes importantes et la création de la fonction de médecin coordonnateur. Ainsi, bien que les EHPAD n'aient pas vocation à se substituer aux hôpitaux ou aux établissements de soins de suite ou de soins spécialisés, et que chaque résident conserve son médecin traitant, cette compétence permet la prise en charge de personnes âgées en perte partielle, voire totale, d'autonomie comme celles atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées.

Selon les statistiques les plus récentes (étude EHPA 2011 de la DREES), environ les trois-quarts de ces résidents présentent des troubles psycho-comportementaux qui sont, soit à l'origine de leur institutionnalisation, soit apparus depuis leur entrée en établissement.

Ces troubles comportementaux et psychologiques sont une complication fréquente et parfois précoce de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées, contribuant à la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et accentuant les risques de dépendance. Ils peuvent également révéler l'apparition d'une démence ou la survenue d'une maladie somatique.

Confronté à ces troubles, souvent perturbateurs, le personnel soignant se déclare particulièrement démuni, comme l'ont été auparavant l'entourage familial et les aidants de ces personnes âgées lorsqu'elles vivaient à leur domicile. Le retentissement et les conséquences psychologiques potentielles de ces troubles sur les aidants (détresse, épuisement, risque de maltraitance,...) et sur les équipes soignantes font de leur prévention et de leur prise en charge un enjeu médical majeur.

J'ai été sensibilisé à cette problématique dès mon arrivée comme médecin coordonnateur à la Maison Saint Dominique située au centre ville de Metz (Moselle). Cet EHPAD accueille environ 86 résidents et sa capacité d'hébergement sera portée très prochainement, à la fin des travaux actuels d'agrandissement et de rénovation à 93 personnes âgées dépendantes dont 14 en unité Alzheimer. Parmi les douze missions attribuées à ma nouvelle fonction (décrets n° 2005-560 du 27 mai 2005 et 2007-547 du 11 avril 2007), était précisé que je devais « *veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques* » et « *contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation des professionnels exerçant dans l'établissement* ». Or, lorsque j'ai interrogé le personnel soignant sur les thèmes de formation jugés prioritaires, la confrontation pluriquotidienne aux troubles psycho-comportementaux a été citée quasi-unaniment, ce qui m'a amené tout naturellement à choisir ce thème comme sujet de mémoire.

Ce mémoire, réalisé dans le cadre de l'obtention de la Qualification de Médecin Coordonnateur en EHPAD, se déclinera en trois étapes : **connaître les SCPD** pour savoir les reconnaître et comprendre leur signification ; **évaluer les SCPD**, en particulier avec le NPI-ES pour estimer leur fréquence et leur gravité et juger de leur retentissement sur l'équipe soignante ; **prendre en soin les SCPD** par les nouvelles techniques non médicamenteuses.

Ce travail servira de base à l'élaboration d'un protocole de prise en charge globale des SCPD destiné à l'ensemble du personnel soignant de l'EHPAD Saint Dominique. Ce protocole, qui sera complété par des fiches techniques et des formulaires annexés, s'appliquera en permanence dans tout l'établissement et précisera en particulier les étiologies à rechercher, les évaluations à rédiger, les transmissions à effectuer et les attitudes à adopter... ou à éviter.

Première partie : Connaître les SCPD

Former le personnel soignant sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence impose de définir ces symptômes, de décrire leurs caractéristiques dans la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées, et d'expliquer les raisons pathogéniques susceptibles de provoquer l'apparition de ces symptômes.

I – Les symptômes psycho-comportementaux

Les manifestations non cognitives des démences sont connues depuis longtemps. Aloïs Alzheimer dans sa description première (1906) soulignait déjà la présence d'un délire de jalousie, d'hallucinations auditives, d'explosions verbales, d'accès de colère, de cris répétés et de comportements de dissimulation d'objets.

Pourtant la recherche s'est focalisée sur la détérioration cognitive de la démence, seule prise en compte pour le diagnostic, reléguant les perturbations comportementales au rang de manifestations secondaires.

A) Définition

C'est à partir des années 1980 que l'on a réellement pris conscience que ces manifestations psycho-comportementales étaient particulièrement usantes pour les aidants, tant formels qu'informels, et jugées bien souvent « incontrôlables ».

En 1996 a été défini par l'Association Psychogériatrique Internationale le concept de « Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence » ou « SCPD » pour désigner les « *symptômes de perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur, et du comportement apparaissant fréquemment chez les sujets atteints de démence* ». Cette définition a le mérite d'envisager le fait que les troubles du comportement sont intimement liés aux pathologies démentielles.

Par la suite, d'autres auteurs ont proposé des définitions complémentaires comme Onen pour lequel les symptômes psycho-comportementaux peuvent se définir comme des « *conduites et des attitudes inadaptées aux lieux et aux situations en référence aux normes culturelles communément admises* » (Onen S.H., 2002).

Pour Moreaud (Moreaud, 2007), le trouble du comportement est un « *comportement gênant, en référence à des normes culturelles et sociales, gênant souvent davantage l'entourage que le malade lui-même* ».

Ces définitions relatives et non absolues, qui évoquent des normes variables suivant les lieux et les époques, ont le mérite de poser un problème essentiel en EHPAD : celui de l'incompréhension du trouble, de la gêne ressentie et de l'attitude parfois inadaptée du personnel entourant les personnes âgées souffrant de démence.

B) Classification et description

Les SCPD n'étant pas encore clairement définis et répertoriés dans les manuels de diagnostic internationaux (DSM IV et CIM 10), une approche structurée de leur classification et une évaluation par le corps médical demeurent difficiles. Cependant un groupe de travail formé par le Consortium Européen de Recherche sur la Maladie d'Alzheimer (*en anglais EADC*) a récemment travaillé sur une meilleure caractérisation des symptômes, en regroupant des données cliniques sur plus de 2000 patients à travers l'Europe et en effectuant une analyse factorielle. Ce groupe s'est basé sur l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI), outil de référence pour l'évaluation des SCPD (présenté dans la deuxième partie de ce mémoire).

De nombreux auteurs distinguent deux grandes familles parmi tous ces symptômes : ceux dits positifs car perturbateurs pour l'entourage et ceux dits négatifs car moins gênants pour les autres (comme l'apathie en particulier).

En 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un guide consacré aux troubles perturbateurs en les définissant ainsi : « *troubles jugés par l'entourage comme dérangeants, perturbateurs, dangereux, que ce soit pour le patient ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées. Ils sont en rupture avec le comportement antérieur du patient* ». Si ces troubles perturbateurs sont les plus fréquents et les plus gênants en EHPAD, ils ne doivent pas occulter les symptômes dits négatifs qui témoignent tout autant

d'une souffrance de la personne démente et, à ce titre, doivent aussi bénéficier d'une prise en charge attentive par le personnel soignant.

Les symptômes se regroupent en cinq dimensions principales : les symptômes psychotiques, les symptômes d'hyperactivité, les symptômes affectifs, le symptôme d'apathie, les symptômes végétatifs (les deux premiers groupes constituant l'essentiel des troubles dits « perturbateurs »). Cette structure factorielle est relativement stable en fonction des étiologies démentielles.

1°) Les symptômes psychotiques

a) Idées délirantes

Définies comme des « *perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet* », les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie.

Elles sont souvent transitoires, limitées à un domaine particulier et constituées de croyances élémentaires peu structurées. La désorganisation mentale perturbe l'interprétation des faits. Il faut faire la différence avec les confabulations : récits et propos dans lesquels se télescopent le présent et le passé, le réel et l'imaginaire, qui sont davantage en lien avec le déficit cognitif. Certains auteurs posent l'hypothèse d'un délire adaptatif, pour donner un sens à une réalité devenue incompréhensible voire menaçante.

b) Hallucinations

Il s'agit de « *perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir* », alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles (paragraphe suivant).

Elles sont le plus souvent visuelles ou auditives dans la démence, peu élaborées, sans automatisme, transitoires. Elles peuvent traduire un phénomène de régression vers des images rassurantes ou affectivement positives. Certaines hallucinations corporelles peuvent simuler une affection physique. Quelques auteurs établissent un lien avec la diminution de l'acuité (visuelle et auditive), l'agnosie visuelle et le déficit des praxies visuo-spatiales.

c) Illusions et fausses identifications

Elles correspondent à des « *perceptions inexactes ou interprétations erronées d'un stimulus extérieur (le plus souvent visuel), soutenues avec conviction* ».

Les troubles les plus fréquents sont :

- ✓ le trouble de l'image spéculaire : non reconnaissance ou fausse identification de sa propre image dans le miroir ou sur une photo, entraînant confusion voire violence.
- ✓ le syndrome de Capgras : le patient considère les proches comme des imposteurs, des sosies et non comme des membres réels de la famille.
- ✓ le phénomène du compagnon imaginaire : le sujet est convaincu de la présence physique d'une personne absente ou décédée.

Ces symptômes sont classés parmi les manifestations psychotiques mais sont à mettre en relation avec les troubles cognitifs notamment la prosopagnosie, la perturbation de la mémoire déclarative, la désorientation spatio-temporelle.

2°) Les symptômes d'hyperactivité

a) Opposition

Elle se manifeste par l'« *attitude verbale ou non verbale de refuser les soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité* ».

La résistance peut être active ou passive.

b) Agitation

C'est une « *activité verbale ou motrice excessive et inappropriée* » (par sa fréquence, son décalage avec le contexte, son absence de but), qui ne peut s'expliquer par un état de confusion ou la traduction d'un besoin.

Ce symptôme est controversé car il peut être considéré comme un méta-concept qui recouvre la quasi-totalité des SCPD.

c) Agressivité/Irritabilité

Ce symptôme se traduit par un « *comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient* ».

Chez le sujet dément, l'intention de « porter atteinte » est difficilement évaluable, et le critère d'hostilité est souvent influencé par le jugement de l'entourage. Ainsi Patel et Hope proposent une définition plus axée sur les conséquences du comportement agressif : action manifeste qui implique l'émission de stimuli délétères (physique ou verbale: cris, injures, coups) à un autre objet, un autre individu, ou à soi-même (mais pas nécessairement dirigé vers) et qui n'est clairement pas accidentelle.

d) Désinhibition

L'HAS, dans son tableau des troubles perturbateurs, en donne la définition suivante : « *comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant* ».

Ce qui est le plus marquant, bien que moins fréquent, ce sont les "conduites sexuelles inappropriées" qui sont certainement les plus marquantes bien que moins fréquentes. Elles regroupent les comportements verbaux et gestuels à caractère sexuel manifeste (proposition, geste obscène, attouchement...), le comportement exhibitionniste, les conduites d'hyperactivité sexuelle (tentatives ou rapports sexuels, consentant ou non).

Il faut faire la différence avec des comportements ambigus qui seraient non intentionnels (diminution de la pudeur, oubli de l'importance et de la signification sociale du fait d'être habillé).

e) Comportements vocaux répétitifs

Ce sont des « *émissions sonores (verbales ou vocales) d'intensité variable, intentionnelles ou non, constantes ou intermittentes, et qui sont jugées inappropriées / perturbantes pour l'entourage* ». En dehors des cris (« *vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives* »), il s'agira de grognements, de gémissements, de hurlements, d'émissions de phrases, mots ou syllabes, de bavardages intempestifs... Cohen-Mansfield et Werner ont proposé en 1997 une classification en fonction du type et du contenu des émissions sonores, de leur fréquence, des circonstances d'apparition, des buts ou causes supposées. Souvent, cela peut se traduire par la répétition d'une question stéréotypée (sujet réel ou passé) en lien avec le déficit cognitif, les patients oubliant qu'ils viennent de formuler la demande ou ne mémorisant pas la réponse.

f) Comportement moteur aberrant, instabilité psychomotrice

Définies par l'HAS comme des « *activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.* », elles sont souvent mal tolérées par l'entourage. On peut distinguer en particulier :

a) Les comportements ritualisés

Dans cet « *ensemble d'actes relativement élaborés dont la forme est stéréotypée et le but constant* », une coloration obsessionnelle est possible : comptage à voix haute, bruxisme, conduite de vérification et de déshabillage, collectionnisme et accumulation d'objets hétéroclites... Ils peuvent se manifester très précocement mais sont plus rares au stade avancé de la maladie, car leur réalisation implique la préservation de capacités d'organisation et de planification des conduites gestuelles (fonctions exécutives et praxies) et de reconnaissance (gnosies).

β) Les stéréotypies motrices et les dyskinésies bucco faciales

On regroupe ici les mouvements des jambes (balancement, piétinement), des mains (entortillage, pétrissage, pliage, lissage, tapotement), du tronc (balancement rythmique), de la langue (déplacements latéraux), des lèvres (moues, suctions, plissements), des joues (rétractions, gonflements), des mâchoires (mastications, mouvements latéraux) et même des paupières.

γ) Les errances

Elles correspondent aux « *déambulations répétées presque continues que la personne amorce de sa propre initiative et qui peuvent ou non comporter un danger pour elle* ».

Elles peuvent se manifester tout au long de la démence, pour autant que les capacités locomotrices demeurent satisfaisantes, le rythme et la fréquence sont variables pour un même sujet.

Il a été distingué quatre types d'errances :

- ✓ avec des comportements de recherche d'une personne (parent vivant ou décédé), d'un lieu (maison, sortie) ou d'un objet (portefeuille, sac à main), errances à surveiller à cause du risque de fugue.
- ✓ avec des comportements d'occupation (frotter, balayer, manipuler, ranger, accumuler ou cacher des objets...) ou d'automutilation.
- ✓ sans but apparent, souvent fonction des personnes rencontrées (comportement de suiveur) ou de stimulations du milieu, l'errance est majorée par le trouble de l'orientation et de la mémoire spatiale.
- ✓ avec impatience motrice ou akathisie (étymologiquement : « impossibilité de rester assis », besoin impérieux de bouger, surtout au niveau des membres inférieurs).

3°) Les symptômes affectifs

a) Dépression

Elle est source d'errance diagnostique, car souvent confondue avec l'apathie. Elle semble présenter des caractéristiques particulières dans la démence : idéation dépressive (tristesse, sentiment d'être inutile, perte du plaisir, négativisme...) ; elle est moins intense, de courte durée, variable dans la journée, fragmentaire et superficielle,

souvent réactionnelle à l'échec. La dépression véritable et caractérisée reste plus rare (permanence, rumination, idées suicidaires).

Au stade avancé, les symptômes dépressifs sont plus difficilement identifiables compte tenu de la gravité et de l'intensité des altérations cognitives. Ils peuvent se manifester dans le comportement par une attitude régressive (incurie, opposition, attitudes puériles), un ralentissement psychomoteur, une accélération du déclin fonctionnel.

b) Anxiété

Rarement verbalisée, elle se traduit par des manifestations neurovégétatives, des somatisations, des troubles des conduites ou des réactions de catastrophe. Les peurs sont souvent archaïques, comme l'angoisse d'abandon ou de morcellement. L'anxiété est responsable des comportements de dépendance sociale : demandes répétées, conduites pour réaffirmer sa présence (interjections, fredonnements), comportement mimétique (reproduction des attitudes de l'aidant), comportement de cramponnement et de poursuite pour maintenir ou conserver une proximité physique avec une personne familière, l'accompagnant dans toute activité et tout déplacement (syndrome de Godot). Ces comportements sont intrusifs par leur fréquence, leur survenue, quelle que soit la disponibilité de l'aidant et la réponse apportée. Ces attitudes témoignent de l'angoisse de rester seul et du sentiment de perte d'identité propre. L'anxiété peut aussi se manifester par des plaintes multiples, concernant le corps et des difficultés respiratoires qui peuvent faire croire à une crise d'asthme ou à une affection cardiaque.

c) Instabilité de l'humeur

Il s'agit de fluctuations de l'humeur brutales et rapides, pouvant succéder à l'apathie ou coexister avec elle. On pourra ainsi décrire une exaltation de l'humeur, une euphorie transitoire associée ou non à de la désinhibition, une incontinence émotionnelle, c'est-à-dire la tendance répétée à pleurer ou à rire plus aisément ou de façon plus intense lors de circonstances favorisantes.

4°) Le symptôme d'apathie

Dans la démence, elle se manifeste par la perte de motivation, d'initiative et de recherche de plaisir, l'apragmatisme, la réduction des relations sociales, le repli sur soi, l'émoussement affectif, l'amimie, les comportements passifs ou figés (comme, par exemple, fixer continuellement le sol). Elle constitue une dimension indépendante de la dépression par l'absence de tristesse et de réactivité émotionnelle. C'est un des troubles les plus pénibles pour l'entourage.

5°) Les symptômes végétatifs

a) Les troubles du sommeil

Ils se traduisent par des « *troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du cycle nyctéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée* ». Il existe en effet une accentuation de ce qu'on observe dans le vieillissement normal : fragmentation du sommeil nocturne, parasomnies, réveil matinal précoce avec hypersomnolence diurne aggravée par l'apathie, le manque d'activité et les traitements. Les réveils nocturnes peuvent être accompagnés de confusion, de déambulations avec intrusions chez d'autres résidents...

Avec l'âge et l'évolution de la maladie, progressivement le cycle jour/nuit se désynchronise, devient irrégulier voire s'inverse. La faible exposition à la lumière et aux indices temporels en institution et la dégénérescence du nerf optique peuvent affecter la synchronisation de l'horloge cérébrale (noyau suprachiasmatique).

b) Les troubles de l'appétit et des conduites alimentaires

On rencontre fréquemment une réduction de l'appétit, des conduites d'opposition ou des difficultés à s'alimenter, ce qui peut entraîner un amaigrissement sévère et une dénutrition. Ce comportement, en lien direct avec la survie, bouleverse les équipes. Il peut aussi y avoir des comportements boulimiques anarchiques, une consommation de substances non comestibles ou un repas entravé par des conduites de manipulation d'ustensiles, d'éparpillement de nourriture, de transvasement, de "manger à vide", de nettoyages, de mâchonnements répétitifs... conjointement ou en l'absence de troubles praxiques (désorganisation de la commande motrice pour la manipulation des couverts, la mastication, la déglutition...).

En conclusion de ce chapitre, il faut souligner la manifestation souvent plus fréquente et plus intense de la symptomatologie comportementale en soirée, qualifiée par Rindlisbacher et Hopkins de « syndrome crépusculaire » ou « phénomène de coucher de soleil ». On peut suspecter la variable sociale (réduction des soignants, changement d'équipe), le traitement chimique, la passivité diurne, le manque de contrôle qui s'accroît avec la fatigue, certaines douleurs plus intenses le soir ... Ce phénomène est inévitablement responsable d'une contrainte plus importante pour les équipes de fin de journée et les veilleuses de nuit.

II) Les démences

Il s'agit dans ce chapitre de préciser le cadre nosographique dans lequel apparaissent les SCPD.

A) Définition et critères diagnostiques

La démence est définie par une altération psychique globale et progressive due à une affection organique du système nerveux central. Elle affecte les facultés cognitives, affectives et sociales.

Voici en résumé les critères diagnostiques du DSM-IV :

- **Apparition de déficits cognitifs multiples** comme en témoignent à la fois :
 - une altération de la **mémoire** (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement)
 - une (ou plusieurs) perturbations cognitives parmi les suivantes :
 - **aphasie** (perturbation du langage)
 - **apraxie** (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
 - **agnosie** (incapacité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - perturbations des **fonctions exécutives** (incapacité de faire des projets, d'organiser, d'ordonner dans le temps, d'avoir une pensée abstraite)
- Ces déficits cognitifs doivent être à l'origine d'une **altération significative** du fonctionnement social ou professionnel et représenter un déclin significatif par rapport au niveau de **fonctionnement antérieur**.
- Suspicion ou mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, d'un ou de plusieurs **facteurs organiques spécifiques jugés étiologiquement liés à la perturbation**.
Critères d'exclusion : syndrome confusionnel/troubles psychiatriques.

B) Les SCDP en fonction de la démence

Nous allons maintenant décrire les quatre pathologies démentielles dans lesquelles les symptômes psycho-comportementaux sont le plus décrits et leur spécificité.

1°) La démence de type Alzheimer

Il s'agit de la première cause de démence. Elle relève d'un trouble neurodégénératif affectant de manière progressive et irréversible le cortex. Le cerveau du patient est victime d'un processus de dégénérescence et d'inflammation, caractérisé par deux types de lésions : les dégénérescences neurofibrillaires et les plaques séniles. Cela va entraîner une détérioration lente et progressive de la mémoire et des autres capacités cognitives (syndrome aphaso-apraxo-agnosique). Sont évoqués dans la maladie d'Alzheimer la quasi-totalité des SCPD précédemment définis. C'est d'ailleurs dans cette démence qu'ils ont été particulièrement décrits et étudiés. Il existe des variations en fonction des stades de la maladie.

Rubin (1987), sur une période de cinquante mois, avait observé un doublement des états d'agitation et des comportements de repli sur soi chez les patients souffrant de démence de type Alzheimer. Pour Devanand (1999) qui a suivi l'évolution de 235 patients, des changements subtils de la personnalité tendent à apparaître précocement au cours de la maladie d'Alzheimer incluant une apathie, une irritabilité et l'impossibilité de fixer son attention, alors que l'agitation, l'agressivité et la désinhibition peuvent survenir plus tard.

On peut citer aussi Noblet-Dick (2004), pour qui le nombre et la gravité des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence augmentent avec l'évolution de la maladie d'Alzheimer chez 60 patients observés à l'aide du NPI dans un hôpital de jour.

Ce dernier auteur publie les symptômes suivants selon le stade évolutif :

Stades débutants (MMS > 25) (n = 15)	Stades modérés (MMS compris entre 18 et 25 inclus) (n = 21)	Stades plus sévères (MMS < 18) (n = 24)
L'anxiété (60 %) et la dépression (53 %) étaient fréquentes. Il n'y avait jamais d'hallucination et rarement des idées délirantes (7 %).	L'apathie (81 %) et la dépression (76 %) étaient les symptômes plus fréquents.	L'irritabilité (75 %), l'agitation (71 %), les idées délirantes (63%) et les hallucinations (33 %) étaient présentes à une fréquence maximale, en partie responsables des comportements moteurs aberrants (67 %) et des troubles du sommeil (47 %).

Ainsi la plupart des auteurs observent une évolution où les symptômes psychotiques et d'hyperactivité semblent supplanter chronologiquement les troubles affectifs et l'apathie.

2°) La démence à corps de Lewy

C'est également une démence neurodégénérative caractérisée par des dépôts anormaux dans les structures corticales et sous corticales. Les symptômes prennent la forme d'un syndrome démentiel avec précocement trouble de l'attention, des fonctions exécutives et bradyphrénie (ralentissement du psychisme). La vigilance est très fluctuante: somnolence diurne excessive, épisodes de confusion, puis retour à la normale sur une courte période. Au niveau des SCPD, on note des hallucinations, le plus souvent visuelles, répétées et précises, qui peuvent être les premiers signes observés dans la maladie. Des idées délirantes (paranoïdes) sont également souvent présentes ainsi que d'autres types d'hallucinations. L'atteinte sous corticale donne aussi un syndrome parkinsonien : rigidité, akinésie, tremblements. Cette maladie touche plus les hommes que les femmes. L'âge d'apparition est un peu plus jeune que la moyenne d'âge des malades présentant une maladie d'Alzheimer et son évolution est aussi plus rapide, mais cette caractéristique est peut être en relation avec l'intolérance aux neuroleptiques qui ont été souvent prescrits en raison de la fréquence des hallucinations.

3°) Les démences vasculaires

Une destruction importante de tissu cérébral suite à un accident vasculaire (thrombose, embolie, hémorragie) ou l'effet cumulatif d'AVC répétés peut engendrer une démence (autrefois nommée « démence à infarctus multiples »). Le tableau clinique et l'évolution vont être fonction de la zone du cerveau touchée. En général, on retrouve une atteinte prédominante des fonctions exécutives et une grande lenteur. Les troubles de la mémoire sont plus discrets, l'évolution est très fluctuante, en marches d'escalier. L'association à une maladie d'Alzheimer est fréquente surtout avec l'avance en âge et l'exclusion d'un processus dégénératif associé est actuellement une des plus grandes difficultés diagnostiques en consultation de la mémoire.

Au niveau comportemental, l'apathie est souvent présente, mais d'autres symptômes peuvent s'observer comme une grande labilité émotionnelle, une désinhibition, parfois des hallucinations ou une irritabilité.

4°) Les démences fronto-temporales

C'est un groupe de démences neurodégénératives dues, comme leur nom l'indique, à l'altération progressive des régions frontales et temporales du cortex. Elles sont caractérisées par des troubles du comportement et du langage d'évolution progressive associés à une détérioration cognitive (qualifiée de « démence » à partir d'un certain seuil de sévérité).

Dans ces démences les troubles du comportement sont des manifestations précoces et prédominantes:

- ✓ apathie, inertie, repli sur soi, amimie, dépression
- ✓ signes de désinhibition : comportement d'utilisation (ou comportement de dépendance environnementale), impulsivité et agressivité, négligence physique, perte des convenances sociales, fugues, hyperoralité, troubles du comportement sexuel et sphinctérien
- ✓ stéréotypies et persévération : comportement compulsif et stéréotypé, moteur ou verbal, rigidité mentale et inflexibilité.

On note aussi une anosognosie, un émoussement affectif précoce et une résurgence des réflexes archaïques. En revanche, la mémoire et les capacités praxiques et d'orientation dans le temps et l'espace sont longtemps préservées.

Ainsi comme on l'a vu dans ce paragraphe, les SCPD sont des manifestations majeures et fréquentes dans les démences. Ils peuvent apparaître aux stades précoces, et même précéder le diagnostic. Parfois c'est un changement d'attitude, de conduite, d'humeur qui justifie la consultation médicale. Toutefois, pour certains troubles, la prévalence a tendance à augmenter avec la progression de la maladie de manière directement proportionnelle à la détérioration

cognitive, devenant plus importants dans leur expression et leurs conséquences aux stades modéré et sévère de l'évolution. Plusieurs SCPD peuvent être présents simultanément et s'influencer mutuellement.

Les connaître pour pouvoir les reconnaître constitue une étape importante pour l'équipe soignante en EHPAD afin d'initier ou de réorienter la prise en charge médicale.

C) Cas pratique : l'EHPAD Saint Dominique

Il m'a semblé intéressant à ce stade d'effectuer une coupe transversale dans l'EHPAD Saint Dominique en construisant un tableau regroupant tous les résidents souffrant de démence et d'indiquer, en précisant le type (MA pour maladie d'Alzheimer, CL pour démence à corps de Lewy, DV pour démence vasculaire et FT pour fronto-temporale) et le stade (1 pour débutant, 2 pour modéré, 3 pour sévère) de la démence, le type de symptôme comportemental ou psychologique principalement objectivé chez chacun par l'équipe soignante.

Ce tableau est reproduit ci-dessous :

Initiales	Sexe	Age	Type démence	Stade	Symptômes dominants
BAC	M	89	MA	3	Symptômes d'hyperactivité
BEC	F	84	MA	3	Symptômes psychotiques
BUR	F	84	DV	2	Symptômes d'hyperactivité
CHA	F	95	CL	2	Symptômes psychotiques
DIE	F	92	DV	3	Symptômes psychotiques
EME	F	77	MA	2	Affectifs
FEU	F	84	MA	3	Symptômes d'hyperactivité
FIL	F	88	CL	3	Symptômes psychotiques
FOL	F	88	DV	2	Symptômes psychotiques
FON	F	72	MA	2	Affectifs
FRI	F	81	MA	2	Affectifs
HEC	F	92	DV	3	Symptômes psychotiques
JAM	F	87	DV	2	Affectifs
JOS	F	82	DV	2	Affectifs
KAI	F	85	DV	3	Affectifs
LAU	F	87	DV	2	Apathie
LOR	F	87	MA	2	Apathie
LOU	F	81	DV	2	Symptômes d'hyperactivité
MAG	F	85	FT	2	Apathie
MAL	F	89	MA	2	Symptômes affectifs
MAN	F	87	DV	3	Symptômes affectifs
MAS	F	83	MA	3	Symptômes psychotiques
MAT	F	73	FT	2	Apathie
MIG	F	91	MA	2	Symptômes d'hyperactivité
PAS	M	86	MA	2	Symptômes d'hyperactivité
PAV	F	78	DV	3	Symptômes affectifs

PER	F	80	DV	2	Symptômes d'hyperactivité
PHI	M	64	DV	2	Symptômes d'hyperactivité
PIE	F	98	DV	3	Symptômes d'hyperactivité
POZ	F	86	MA	3	Symptômes psychotiques
RUN	M	72	MA	2	Symptômes affectifs
SEI	F	83	MA	3	Symptômes psychotiques
SEW	F	67	MA	2	Apathie
STI	F	91	MA	2	Symptômes psychotiques
THI	F	86	CL	2	Symptômes psychotiques
TOU	F	88	MA	1	Apathie
UGO	F	90	MA	2	Symptômes affectifs
VIL	F	85	MA	3	Symptômes psychotiques

A la lecture de ce tableau, on peut remarquer que dans notre EHPAD comme dans les études précitées, on retrouve les chiffres suivants :

- ✓ 40% des résidents présentent une démence selon les critères du DSM-IV dont la moitié sont des maladies d'Alzheimer. On note aussi le pourcentage important de démences vasculaires.
- ✓ Dans la MA, on retrouve essentiellement un état anxio-dépressif ou une apathie aux stades débutants et modérés de la démence et des signes psychotiques ou d'Symptômes d'hyperactivité plus tardivement.
- ✓ Dans la démence vasculaire, les symptômes dominants concernent équitablement les domaines de la psychose, de l'Symptômes d'hyperactivité et de l'affectivité.
- ✓ Les démences à corps de Lewy sont responsables essentiellement de troubles psychotiques.
- ✓ Quant aux deux cas de démence frontale, la manifestation décrite par le personnel soignant est l'apathie.

III) Étiopathogénie des SCPD

On a longtemps pensé que la détérioration intellectuelle, émotionnelle et comportementale était inéluctable, directement en lien avec l'atteinte de l'encéphale. Seule l'approche médicamenteuse pouvait alors être proposée. Aujourd'hui, on considère que cette relation causale existe mais qu'elle ne peut rendre compte à elle seule de la symptomatologie observée, d'autant plus que la personne âgée va être dépendante de son environnement.

Parmi les facteurs étiopathogéniques, certains sont liés à l'atteinte neurobiologique de la démence, d'autres sont propres à l'individu ou secondaires aux modifications comportementales.

A) L'atteinte neurobiologique

1°) Rôle des neuromédiateurs.

Selon Moreaud (2007), le déficit en acétylcholine générerait l'apathie et l'indifférence et serait impliqué dans la psychose, en particulier les hallucinations.

Le déficit en sérotonine serait impliqué dans la désinhibition, les comportements stéréotypés et aberrants, l'agressivité et l'impulsivité ainsi que dans la dépression.

La dopamine ne serait impliquée que par le biais du ratio acétylcholine / dopamine. La noradrénaline semble innocente.

Le glutamate interviendrait peut-être dans certains troubles du comportement.

2°) Rôle de la localisation de l'atteinte cérébrale

Toujours selon Moreaud qui a procédé à une revue d'études disponibles dans ce domaine, il existerait une très forte corrélation entre l'atrophie des régions limbiques droites et antérieures et certains troubles du comportement tels qu'apathie, désinhibition, troubles du comportement alimentaire et comportements moteurs aberrants. Certaines régions seraient impliquées dans un seul type de trouble du comportement.

De même, l'apathie et la baisse du débit sanguin dans les régions limbiques antérieures droites seraient étroitement corrélées chez des patients atteints de maladie d'Alzheimer.

Dans la démence fronto-temporale, les comportements anti-sociaux seraient corrélés à la baisse du métabolisme cérébral dans le cortex orbito-frontal, de façon bilatérale avec une légère prédominance droite.

B) Les facteurs propres à l'individu

1°) Somatiques

Toute affection somatique intercurrente mal diagnostiquée ou mal traitée peut entraîner des réactions comportementales inappropriées chez des patients présentant une altération cognitive marquée, notamment si elle est source de douleur (pathologie infectieuse ou inflammatoire, arthrose, troubles métaboliques, carences alimentaires, fécalome, rétention d'urine, déshydratation, inconfort physique, début d'escarre...).

Il peut aussi s'agir d'une iatrogénie, majorée par la poly-médicamentation du sujet âgé, la plus grande sensibilité aux effets secondaires et la prise de psychotropes. Il y a un effet cumulatif (IPA, 1998). Plus rarement, il peut y avoir une cause toxique.

Certains déficits fonctionnels ou sensoriels peuvent exacerber le trouble. Il faut notamment vérifier l'utilisation des moyens de suppléance.

Le manque d'exercice physique revient dans de nombreuses recherches comme étant une cause importante de l'agitation et des troubles du sommeil.

2°) Psychologiques

Le courant psychopathologique défend que la vie psychique et relationnelle du sujet dément se maintient, même si elle est modifiée. Le comportement perturbateur est alors un mécanisme de défense ; il est porteur de sens. En début de maladie, le patient prend conscience de son handicap progressif, de ses difficultés et des conséquences sur son autonomie. Cela peut engendrer un déni, une baisse de l'estime de soi, un sentiment de dépersonnalisation. Plus tard, le malade ne peut plus verbaliser, ni même penser cognitivement ses difficultés, le monde qui l'entoure devient étrange, inquiétant. Les stratégies d'ajustement sont altérées. Le comportement perturbateur peut alors traduire un sentiment de solitude, d'insécurité, d'impuissance, de frustration, de désespoir d'un patient qui ne comprend plus et ne peut se faire comprendre, se sentant incapable de gérer une situation. Il peut évoquer un besoin de réassurance, d'attention ou d'affirmation de son existence. Le patient peut perdre jusqu'à la possibilité d'exprimer un besoin (faim, soif), de localiser une douleur physique, d'affirmer sa pudeur... La perte cognitive est un facteur déterminant majeur des SCPD. Les troubles sont aussi plus fréquents en présence d'une personnalité pré-morbide dépressive ou anxieuse ou en cas de confrontation dans le passé à des événements traumatiques, d'où l'importance de connaître les antécédents, le vécu et la personnalité antérieure du résident souffrant de démence.

C) Les facteurs environnementaux

L'environnement tant humain que matériel peut déterminer ou renforcer un comportement perturbateur. Plus le niveau cognitif et d'autonomie se dégrade, plus la personne est dépendante et donc plus sensible à son environnement. Tout changement d'organisation, tout personnel nouveau, toute situation de contrainte, de conflit interpersonnel, de stress, même anodin, peut faire décompenser un état de vulnérabilité. De nombreux troubles, survenant souvent de manière transitoire, sont liés à des situations spécifiques, conflictuelles, où on demande au malade de faire quelque chose qu'il ne veut pas faire/ne sait pas faire, ou, à l'inverse, quand on l'empêche de faire quelque chose.

Certains auteurs dénoncent l'effet iatrogène de l'environnement institutionnel, qui renforce la passivité, la dégradation de l'autonomie et réduit le seuil de réactivité des résidents et qui, par ses contraintes (isolement social, manque affectif, contention, appauvrissement et monotonie des stimulations sensorielles ou surcharge, perte de repères, surprotection, demande trop exigeante, attitudes agressives, frustration des conditions existentielles), génère des troubles comportementaux.

Il y a aussi une perméabilité à l'état émotionnel et de tension de l'entourage, le malade le percevant dans la voix, les mimiques, les gestes et y répondant par de l'agitation. L'attitude des soignants, leur degré de formation et d'information, leurs capacités de communication, d'empathie, d'anticipation des besoins du résident et d'adaptation à ses symptômes vont être déterminants. Une étude de Parlet et collaborateurs (1994) révèle que 65% des comportements agressifs apparaissent dans les soins personnels ou en réponse à une demande venant de l'équipe soignante.

Deuxième partie : Evaluer les SCPD

« La personne a le comportement, mais qui a le trouble ? » (Yves Gineste, 2007).

I) Pourquoi évaluer ?

Il est nécessaire d'évaluer les SCPD afin d'apprécier leur retentissement d'abord sur la souffrance du résident lui-même, mais aussi sur le personnel soignant et les aidants, et d'en tirer des conclusions sur les mesures à mettre en place au niveau de l'institution.

A) Pour le résident

Il faut noter que bien souvent, avec l'avancée de la maladie le patient dément n'a plus conscience de ses troubles, de leur gravité et des répercussions qu'ils peuvent avoir sur lui-même et son entourage.

Toutefois, la présence des SCPD est déterminante pour l'évolution de la maladie : ils sont associés à un pronostic évolutif défavorable et augmentent l'incapacité fonctionnelle. La réduction des activités de la vie quotidienne et des relations sociales aboutit à l'isolement. De plus, ces réactions épuisent la patience de l'entourage, le malade créant ainsi, à son insu, un contexte propice à une mauvaise qualité de prise en charge, voire à de la maltraitance des aidants ou de la violence des autres résidents. C'est la qualité de vie du patient qui est directement affectée.

De même que les SCPD constituent une porte d'entrée vers l'institutionnalisation accélérée, ils peuvent induire une hospitalisation ou susciter des prescriptions médicamenteuses inappropriées qui, certes, font diminuer les troubles du comportement, mais rendent le patient totalement inerte.

Si certains comportements moteurs, comme la déambulation, ont l'avantage de constituer un exercice physique, une source de dépense énergétique, un entretien de la mobilité, ils peuvent amener certains résidents jusqu'à l'épuisement. De plus, le risque de chute et de fracture traumatique est majeur si l'équilibre est précaire. Parfois même, cette agitation renforce l'amaigrissement et la déshydratation.

Les symptômes d'opposition ne sont pas non plus sans conséquence comme le refus de s'alimenter responsable de dénutrition, ou l'opposition à la toilette susceptible d'entraîner un manque d'hygiène et ainsi de causer des infections notamment dentaires, urinaires et cutanéomuqueuses.

B) Pour les aidants (informels et formels)

La plupart des études ont porté sur les aidants familiaux montrant l'impact émotionnel des SCPD sur les proches et le retentissement sur l'environnement matériel, la surveillance, la pratique des soins, la communication. Chez les aidants familiaux, on rencontre souvent une désorganisation des liens familiaux avec « parentification » de l'enfant et crainte du caractère éventuellement héréditaire de la démence.

Si ce dernier aspect ne concerne pas le personnel soignant, celui-ci subit néanmoins considérablement le retentissement physique et psychique. On parle de « burn-out » pour désigner le syndrome d'épuisement professionnel, exposant au risque de démobilité, de dépression, de maltraitance ou négligence. Les troubles du comportement rendent difficile l'organisation habituelle du travail, génèrent du stress et un sentiment d'insuffisance, d'inutilité chez les soignants. Il est nécessaire qu'ils soient formés à la spécificité de cette prise en charge et qu'ils aient des outils pour ne pas faire du « burn-out » une fatalité et retrouver le plaisir du « prendre soin » (Gineste et Pellissier, 2007).

C) Pour l'institution

L'évaluation des SCPD est importante aussi pour l'ensemble de l'EHPAD car elle débouche sur la mise en place de mesures organisationnelles et d'aménagements structurels pour mieux prendre en soin ces troubles.

Ces mesures qui seront détaillées dans la troisième partie, vont de la protection des résidents ayant des SCPD et de la sécurisation des autres résidents, jusqu'à la création de structures adaptées comme le PASA, en passant par la formation du personnel à l'animation.

II) Comment évaluer : le NPI-ES

Plusieurs échelles ont été élaborées au cours des dernières décennies pour objectiver et homogénéiser l'étude des SCPD. L'outil de référence mentionné par l'HAS et l'IPA dans leurs recommandations pour la prise en charge des troubles du comportement est l'inventaire Neuro-Psychiatrique ou NPI dont la version ES est tout particulièrement destinée aux équipes soignantes. Dans le cadre de la formation de l'équipe soignante en EHPAD, il est indispensable d'en effectuer la présentation détaillée dans la perspective d'une appropriation et d'une utilisation en pratique quotidienne.

➤ BUT

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Il peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Dix domaines comportementaux et deux variables neurovégétatives sont pris en compte, avec une cotation de leur fréquence, leur gravité et leur retentissement sur les activités professionnelles.

➤ L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence.

Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant d'autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation). Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par "oui" ou "non".

Il est important de:

- ✓ déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. quel poste occupe le soignant; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement; quel est son rôle auprès du patient; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux questions du NPI-ES?
- ✓ recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient

➤ QUESTIONS DE SÉLECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquer "NON" et passer au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou en cas de doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont on a connaissance (ex : le soignant répond NON à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer "OUI" et poser les sous questions.

➤ SOUS-QUESTIONS

Quand la réponse à la question de sélection est "OUI", il faut alors poser les sous questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous questions. Si cela se produit, demander au soignant de préciser pourquoi il a répondu "OUI" à la question de sélection. S'il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en gravité et en fréquence.

Si la réponse "OUI" de départ est une erreur, et qu'aucune réponse aux sous questions ne confirme l'existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en "NON".

➤ NON APPLICABLE

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté "NA" (Non Applicable dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n'est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex : le soignant ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coter "NA".

➤ FREQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

"Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous questions). Diriez-vous qu'ils se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ?"

1. **Quelquefois** : moins d'une fois par semaine
2. **Assez souvent** : environ une fois par semaine
3. **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4. **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps

➤ **GRAVITE**

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

“Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement. A quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient? Diriez-vous qu'ils sont légers, moyens ou importants?”

1. **Léger** : changements peu perturbants pour le patient
2. **Moyen** : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
3. **Important** : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant

Le score du domaine est déterminé comme suit : score du domaine = fréquence x gravité

➤ **RETENTISSEMENT**

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative au : retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant.

Pour se faire, demander au soignant si le comportement dont il vient de parler augmente sa charge de travail, lui coûte des efforts, du temps et le perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Le soignant doit coter sa propre perturbation sur une échelle en 5 points:

0. pas du tout

1. **perturbation minimum**: presque aucun changement dans les activités de routine.
2. **Légerement**: quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
3. **Modérément**: désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
4. **assez sévèrement**: désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
5. **très sévèrement ou extrêmement**: très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

Pour chaque domaine, il y a donc 4 scores possibles :

- ✓ *Fréquence*
- ✓ *Gravité*
- ✓ *Produit (fréquence x gravité)*
- ✓ *Retentissement sur les activités professionnelles.*

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux dix premiers domaines.

L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous scores « Retentissement » de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

➤ **INTERPRETATION DES RESULTATS**

En pratique clinique les éléments les plus pertinents à retenir sont :

- le score Fréquence x Gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique)
- le score Retentissement

Listons à présent les différentes questions et sous questions à poser dans chacun des domaines, sachant que les questionnaires « **Fréquence** » et « **Gravité** » étant toujours strictement identiques, ils ne seront: présentés qu'une seule fois.

A. IDEES DÉLIRANTES

“ Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ou de l'équipe soignante ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou que leur époux/épouse le/la trompe? Le patient a-t-il d'autres croyances inhabituelles?”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ou lui ont fait du mal par le passé ?
2. Le patient/ patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?
3. Le patient/la croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?
4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille, de l'équipe soignante ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?
5. Est-ce que le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans la pièce ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)
6. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps **4**

GRAVITE

Léger: les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente. **1**

Moyen: les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente. **2**

Important: les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de troubles du comportement **3**

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout **0** **Modérément** **3**

Minimum **1** **Sévèrement** **4**

Légalement **2** **Très sévèrement, extrêmement** **5**

B. HALLUCINATIONS

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? A-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/ elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? ” (Si oui, demandez un exemple afin de déterminer s'il s'agit bien d'une hallucination). Le patient s'adresse-t-il à des personnes qui ne sont pas là ?

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?
3. Le patient/la patiente dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes des animaux des lumières, etc...) ?
4. Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?
5. Le patient/la patiente dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?
6. Le patient/la patiente dit-il/elle ou se comporte-t-il comme si il/elle avait des goûts dans la bouche qui ne sont pas présents ?
7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?

GRAVITE

Léger: les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente. **1**

Moyen: les hallucinations sont éprouvantes et stressantes pour le patient/la patiente et provoquent des comportements inhabituels et étranges. **2**

Important: les hallucinations sont très stressantes et éprouvantes et représentent une source majeure de comportements inhabituels et étranges (l'administration d'un traitement occasionnel peut se révéler nécessaire pour les maîtriser) **3**

C. AGITATION / AGRESSIVITÉ

“ Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse l'aide des autres ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? Est-il/elle bruyant et refuse-t-il/elle de coopérer? Le patient/la patiente essaye-t-il/elle de blesser ou de frapper les autres?”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essayent de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande?
5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle, est-il/elle bruyant ou jure-t-il/elle avec colère ?
6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?
7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?

GRAVITE

Léger: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler par l'intervention du soignant. **1**

Moyen: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile à contrôler. **2**

Important: l'agitation est très stressante ou perturbante pour le patient/la patiente et est très difficile voire impossible à contrôler. Il est possible que le patient/la patiente se blesse lui-même et l'administration de médicaments est souvent nécessaire. **3**

D. DEPRESSION / DYSPHORIE

“ Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois?”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois?
2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est déprimée?
3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e)?
4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?
6. Le patient/la patiente dit-il/elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?
7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?

GRAVITE

Léger: l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant. **1**

Moyen: l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager. **2**

Important: l'état dépressif est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager. **3**

E. ANXIETE

“ Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou est-t-il/elle incapables de se détendre? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus comme des rendez-vous ou des visites de la famille?
2. Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?
3. Y a t il des période pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?
4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le coeur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)

5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple rencontrer des amis ou participer à des activités?
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e))
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?

GRAVITE

Léger: l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant. **1**

Moyen: l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la et difficile à soulager. **2**

Important: l'état d'anxiété est très stressant et perturbant et difficile voire impossible à soulager. **3**

F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

“ Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas d'une joie de vivre tout à fait normale mais, par exemple, du fait qu'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se)?
2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôle ?
3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?
4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?
5. Fait-il/elle des farces puérides telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?
6. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux ?

GRAVITE

Léger: Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse. **1**

Moyen: Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse et cela provoque des comportements étranges quelquefois. **2**

Important: Le patient/la patiente semble presque toujours trop heureuse et pratiquement tout l'amuse. **3**

G. APATHIE / INDIFFERENCE

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour participer aux activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux activités de groupe? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu de l'intérêt pour le monde qui l'entoure?
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation? (ne coter que si la conversation est possible)
3. Le patient/la patiente manque-t-il/elle de réactions émotionnelles auxquelles on aurait pu s'attendre (joie lors de la visite d'un ami ou d'un membre de la famille, intérêt pour l'actualité ou le sport, etc.) ?
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?
5. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels?
6. Le patient/la patiente reste-t-il/elle sagement assise sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ?

GRAVITÉ

Léger: Le patient/la patiente manifeste parfois une perte d'intérêt pour les choses, mais cela affecte peu son comportement et sa participation aux activités. **1**

Moyen: Le patient/la patiente manifeste une perte d'intérêt pour les choses qui ne s'atténue qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille. **2**

Important: Le patient/la patiente manifeste une complète perte d'intérêt et de motivation. **3**

H. DESINHIBITION

“ Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle des choses déplacées ou blessantes pour les autres? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes?
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel?
5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général en public ?
6. Le patient/la patiente caresse, touche ou étreint-il/elle les gens d'une façon désadaptée?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?

GRAVITE

Léger: Le patient/la patiente agit parfois de façon impulsive mais cela n'est pas difficile à modifier. **1**

Moyen: Le patient/la patiente est très impulsif et son comportement est difficile à modifier. **2**

Important: Le patient/la patiente est toujours impulsif et son comportement est à peu près impossible à modifier. **3**

I. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

“ Le patient/la patiente est-il/elle facilement irritable ou perturbé? Est-il/elle d'humeur très changeante? Se montre-t-il/elle extrêmement impatient(e) ? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle “ sort de ses gonds ” facilement pour des petits riens ?
2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ?
3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?
4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?
5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?
6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?

GRAVITE

Léger : Le patient/la patiente est parfois irritable mais cela n'est pas difficile à modifier. **1**

Moyen : Le patient/la patiente est très irritable et son comportement est difficile à modifier. **2**

Important : Le patient/la patiente est presque toujours irritable et son comportement est quasi impossible à modifier. **3**

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

“Le patient/la patiente-t-il/elle des activités répétitives ou des rituels qu'il reproduit de façon incessante comme faire les cent pas, tourner sur soi-même, tripoter des objets ou enrouler de la ficelle? (ne pas inclure les tremblements simples ou les mouvements de la langue)”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond sans but apparent ?
2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?
3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives comme boutonner et déboutonner, tripoter, envelopper, changer les draps, etc.?
5. Y-a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?

GRAVITE

Léger: Le patient/la patiente manifeste parfois des comportements répétitifs, mais cela n'entrave pas les activités quotidiennes. **1**

Moyen: les comportements répétitifs sont flagrants mais peuvent être maîtrisés avec l'aide du soignant. **2**

Important : les comportements répétitifs sont flagrants et perturbants pour le patient/la patiente et sont difficiles voire impossible à contrôler par le soignant. **3**

K. SOMMEIL

Cette partie du questionnaire devrait s'adresser uniquement aux membres de l'équipe soignante qui travaillent la nuit et qui observent le patient/la patiente directement ou qui ont une connaissance suffisante des activités nocturnes du patient/de la patiente (assistant aux transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe du matin). Si le soignant qui interroge ne connaît pas les activités nocturnes du patient/de la patiente, notez “ NA ”.

“Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu’il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)? Reste-t-il/elle réveillé(e) la nuit ? Est-ce qu’il/elle erre la nuit, s’habille ou pénètre dans d’autres chambres? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s’endormir ?
2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le patient se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?
3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?
4. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s’habille et fait le projet de sortir en pensant que c’est le matin et qu’il est temps de démarrer la journée ?
5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt que les autres patients)?
6. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d’autres troubles dont nous n’avons pas parlé ?

GRAVITE

Léger : les troubles ne sont pas particulièrement perturbateurs pour le patient/la patiente. **1**

Moyen : les troubles perturbent les autres patients. Plusieurs types de troubles peuvent être présents **2**

Important : les troubles perturbent vraiment beaucoup le patient durant la nuit. **3**

L. APPETIT / TROUBLES DE L’APPETIT

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle un appétit démesuré ou très peu d’appétit, y-a-t-il eu des changements dans son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d’avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu’il y a eu des changements dans le type de nourriture qu’il/elle préfère ? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Est-ce que le patient/la patiente a perdu l’appétit ?
2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d’appétit qu’avant ?
3. Est-ce que le patient/la patiente a maigri ?
4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?
5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme par exemple de mettre trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?
6. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans le type de nourriture qu’il/elle aime comme de manger par ex trop de sucreries ou d’autres sortes de nourritures particulières ?
7. Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ?
8. Est-ce qu’il y a eu d’autres changements de son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions ?

GRAVITE

Léger : des changements dans l’appétit ou les aliments sont présents mais n’ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants. **1**

Moyen : des changements dans l’appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids. **2**

Important : des changements évidents dans l’appétit et les aliments sont présents, entraînent des fluctuations de poids, sont anormaux et d’une manière générale perturbent le patient. **3**

Pour chaque domaine le score est déterminé ainsi : **score du domaine = fréquence x gravité.**

C’est l’élément le plus pertinent pour la clinique. Pour chaque domaine un score supérieur à 2 est pathologique. Il est possible de réaliser la somme des scores aux 12 domaines neuropsychiatriques étudiés. Elle varie de 0 à 144 et permet d’avoir une vue globale de l’importance des SCPD.

Même si cette échelle est la plus reconnue dans l’évaluation des SCPD, il ne faut pas se limiter au score total du NPI pour entreprendre une prise en charge. Ce test peut manquer de sensibilité en raison de ses réponses en oui/non et ne pas permettre de détecter des modifications fines de comportement.

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES (Equipe soignante)

Nom du patient :	Date de l'évaluation:
------------------	-----------------------

Nom du signataire :

Type de relation avec le patient :

- Très très proche/ prodigue des soins quotidiens
- Proche/ s'occupe souvent du patient;
- Pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

NA = question inadaptée (non applicable)

Entourez chaque score avant de saisir en informatique

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	Retentissement
Idées délirantes			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Hallucinations			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Anxiété			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur Euphorie			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Apathie indifférence			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Désinhibition			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Score Total 10					
<i>Changements neurovégétatifs</i>					
Sommeil			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Appétit / Troubles de l'appétit.			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Score Total 12					

Copyrights : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - C.H.U de NICE.

En présence d'agitation, on peut réaliser une évaluation plus précise en utilisant en complément l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield, présentée ici à titre informatif.

Cette échelle (CMAI) conçue en 1986 et validée en français par Micas et son équipe en 1997, fait l'inventaire de 29 comportements d'agitation les plus rencontrés au cours des démences à différents stades d'évolution.

Il y a quatre catégories : agitation physique agressive et non agressive, agitation verbale agressive et non agressive. Elle est à remplir avec un membre de l'équipe soignante, la passation dure 15 à 20 minutes.

La cotation des items se fait sur la fréquence de la survenue des troubles lors des 15 jours précédents, sur une échelle de 0 à 7 : Non évaluable : 0 / Jamais : 1 / Moins d'une fois par semaine : 2 / Une ou deux fois par semaine : 3 / Quelquefois au cours de la semaine : 4 / Une ou deux fois par jour : 5 / Plusieurs fois par jour : 6 / Plusieurs fois par heure : 7.

Le score varie entre 29 et 203.

Agitation physique non agressive	1-Cherche à saisir
	2-Déchire les affaires
	3-Mange des produits non comestibles
	4-Fait des avances sexuelles physiques
	5-Déambule
	6-Se déshabille, se rhabille
	7-Attitudes répétitives
	8-Essai d'aller ailleurs
	9-Manipulation non conforme d'objets
	10-Agitation généralisée
	11-Recherche constante d'attention
	12-Cache des objets
	13-Amasse des objets
Agitation verbale non agressive	14-Répète des mots, des phrases
	15-Se plaint
	16-Émet des bruits bizarres
	17-Fait des avances sexuelles verbales
Agitation et agressivité physiques	18-Donne des coups
	19-Bouscule
	20-Mord
	21-Crache
	22-Donne des coups de pied
	23-Griffe
	24-Se blesse, blesse les autres
	25-Tombe volontairement
26-Lance les objets	
Agitation et agressivité verbales	27-Jure
	28-Est opposant
	29-Pousse des hurlements

Les deux échelles présentées sont à compléter auprès d'un informateur et donc sensibles au biais résultant de sa perception du comportement.

Toutefois, le fait d'interroger les soignants présents au quotidien apporte une richesse d'informations que ne peut satisfaire un évaluateur indépendant ou l'enregistrement mécanique des manifestations en observation directe du patient.

Troisième partie 3 : Prendre en soin les SCPD

Prendre en soin les SCPD consiste d'abord à connaître et à appliquer certains principes généraux, avant ou dès l'apparition des symptômes, et ensuite à mettre en pratique le protocole élaboré conjointement par le médecin coordonnateur et l'équipe soignante.

L'Assurance Maladie a édité en collaboration avec le CHU de Nice et la FFAMCO des fascicules destinés en particulier aux équipes soignantes en EHPAD et qui sont reproduits dans les paragraphes suivants. Dans le cadre de la formation du personnel, ces fascicules peuvent être distribués et discutés en réunion.

I) Les principes généraux

Connaître les bonnes attitudes à adopter dans la communication, les soins ou dans les moments forts de la journée constitue, pour le personnel soignant, un moyen souvent efficace de prévenir l'apparition de SCPD chez certains résidents ou d'éviter de les voir s'aggraver.

A) Avoir les bonnes attitudes

Il est recommandé d'utiliser en première intention des techniques de communication et de soins appropriées aux troubles du comportement. Elles peuvent permettre de prévenir le déclenchement ou la majoration des troubles et d'éviter le recours à des traitements médicamenteux.

1°) Attitudes de communication

Les attitudes de communication suivantes sont données pour exemple et sont à adapter à chaque cas :

- ✓ se présenter
- ✓ éviter les différentes sources de distraction (télévision, radio, etc.) lors de la communication avec le résident ;
- ✓ attirer son attention : se mettre face au résident, établir un contact visuel, attirer son attention par exemple en lui prenant doucement la main ;
- ✓ utiliser des phrases courtes ;
- ✓ éviter de transmettre plusieurs messages à la fois ;
- ✓ utiliser les gestes pour faciliter la transmission du message ;
- ✓ répéter le message si un doute persiste quant à sa compréhension ;
- ✓ préférer les questions fermées ;
- ✓ laisser le temps au résident pour qu'il puisse s'exprimer ;
- ✓ ne pas négliger le langage du corps : rester détendu et souriant ;
- ✓ ne pas hausser la voix ;
- ✓ inclure la personne dans la conversation ;
- ✓ pour les aidants professionnels, éviter d'être familier ;
- ✓ ne pas obliger le résident à faire ce qu'il n'a pas envie de faire ; dans ce cas, changer de sujet et réessayer plus tard ;
- ✓ savoir rester patient.

2°) Attitudes de soins

Les attitudes de soins suivantes sont données pour exemple et sont à adapter à chaque cas :

- ✓ éviter de faire à la place du résident ce qu'il est encore capable de faire : rechercher les capacités restantes et les stimuler ;
- ✓ installer une routine adaptée à ses habitudes (ne pas l'obliger à prendre un bain s'il a l'habitude de se doucher, etc.) ;
- ✓ laisser au résident la possibilité de faire ses choix (par exemple pour les plats ou pour les vêtements). Ces capacités diminuent en fonction de l'évolution de la maladie ;
- ✓ simplifier le quotidien au fur et à mesure de l'évolution de la maladie (par exemple, préférer les vêtements faciles à enfiler, éviter les plateaux-repas ou les tables trop encombrés, etc.);
- ✓ décliner les différentes tâches en plusieurs étapes (par exemple après le choix des vêtements, les présenter dans l'ordre de l'habillage) ;
- ✓ préserver l'intimité pour les soins et l'hygiène personnelle ;
- ✓ aider pour les soins d'hygiène corporelle, qui peuvent être un moment de tension : veiller à la température de la salle de bains et de l'eau, préparer les objets de toilette à l'avance (savon, gant, brosse à dents, etc.), respecter le besoin de pudeur du résident, lui donner une instruction à la fois, le prévenir avant de lui faire un soin comme lui laver le visage ;

- ✓ chercher des alternatives lorsqu'un soin peut être à l'origine d'un trouble du comportement;
- ✓ rassurer et reconforter la personne régulièrement lors d'un soin ;
- ✓ laisser faire les comportements qui ne dérangent pas, à condition qu'ils ne soient pas dangereux;
- ✓ proposer une activité ou des alternatives qui ont une signification lorsqu'il existe certains troubles: pour une déambulation qui dérange proposer une autre activité répétitive comme plier le linge ; pour une agitation, proposer d'écouter de la musique ou regarder l'album photo personnel du résident, etc. ;
- ✓ ne pas insister lorsque le résident ne veut pas faire l'action demandée, ne pas le raisonner ;
- ✓ laisser le résident se calmer lorsqu'il existe une agressivité verbale ou physique déclenchée par la présence de l'aidant.

B) Savoir être et savoir faire

Certains conseils peuvent être donnés au personnel soignant pour limiter l'apparition de troubles du comportement dans les moments forts de la journée.

1°) Réveil et petit-déjeuner

- Se présenter.
- Souhaiter une bonne journée.
- Respecter le rythme du résident autant que possible.
- Éviter d'être brutal et de parler fort.
- Ne pas générer une ambiance "d'urgence".

2°) Toilette

- Prévenir le résident que le moment de la toilette va arriver.
- Choisir le type de toilette adapté au résident.
- Lui demander son accord.
- Privilégier l'autonomie du résident.
- Éviter d'être intrusif.
- Assurer l'intimité de la personne (porte fermée...).
- Essayer de décaler les soins autant que possible en cas de refus.
- Être doux dans ses gestes et sa voix.
- Expliquer au résident ce qui va être fait au fur et à mesure.
- Négocier les soins.
- Discuter avec le résident pendant la toilette.

3°) Repas

- Respecter le choix du résident de manger en groupe, seul ou dans sa chambre (quand cela est possible).
- Vérifier la température de la nourriture.
- Privilégier l'autonomie ou l'entraide entre les résidents en proposant un accompagnement en cas de besoin.
- Créer une ambiance calme.
- Éviter la brutalité dans les gestes.
- Donner des responsabilités au résident selon ses capacités (valorisation).
- Respecter le rythme du résident dans sa prise du repas.
- Connaître les goûts et dégoûts.
- S'asseoir à la même hauteur que le résident pour le faire manger.
- Nommer les plats.
- Ne présenter qu'un plat à la fois.
- Enchaîner les plats.
- Adapter la texture des aliments aux capacités du résident.
- Adapter les ustensiles et couverts aux capacités des résidents.

4°) Visite

- Proposer un lieu calme pour les visites.
 - Privilégier la communication entre soignants et familles.
 - Donner des conseils aux visiteurs.
 - Informer les visiteurs de l'importance de leur venue et des possibles conséquences.
 - Annoncer la venue de quelqu'un au résident (si possible).
 - Prendre le relai auprès du résident pendant quelques minutes après le départ du visiteur.
- Éviter les visites pendant les repas ou les moments intimes du résident.*

5°) Coucher

- Générer une ambiance calme et rassurante avant le coucher.
- Favoriser les discussions pendant la mise au lit.

- Respecter l'heure d'endormissement de la personne.
- Adapter la qualité de la protection de manière à réduire le nombre de changes la nuit.
- Respecter l'heure de la prise du traitement.
- Ne pas réveiller systématiquement.

6°) **Nuit**

- Réduire le niveau sonore (appel sonore, nettoyage...).
- Orienter dans le temps.
- Rassurer, calmer par une voix douce.
- Utiliser le contact, le toucher.
- Veiller au calme des lieux.
- N'utiliser que les veilleuses lors des changes.

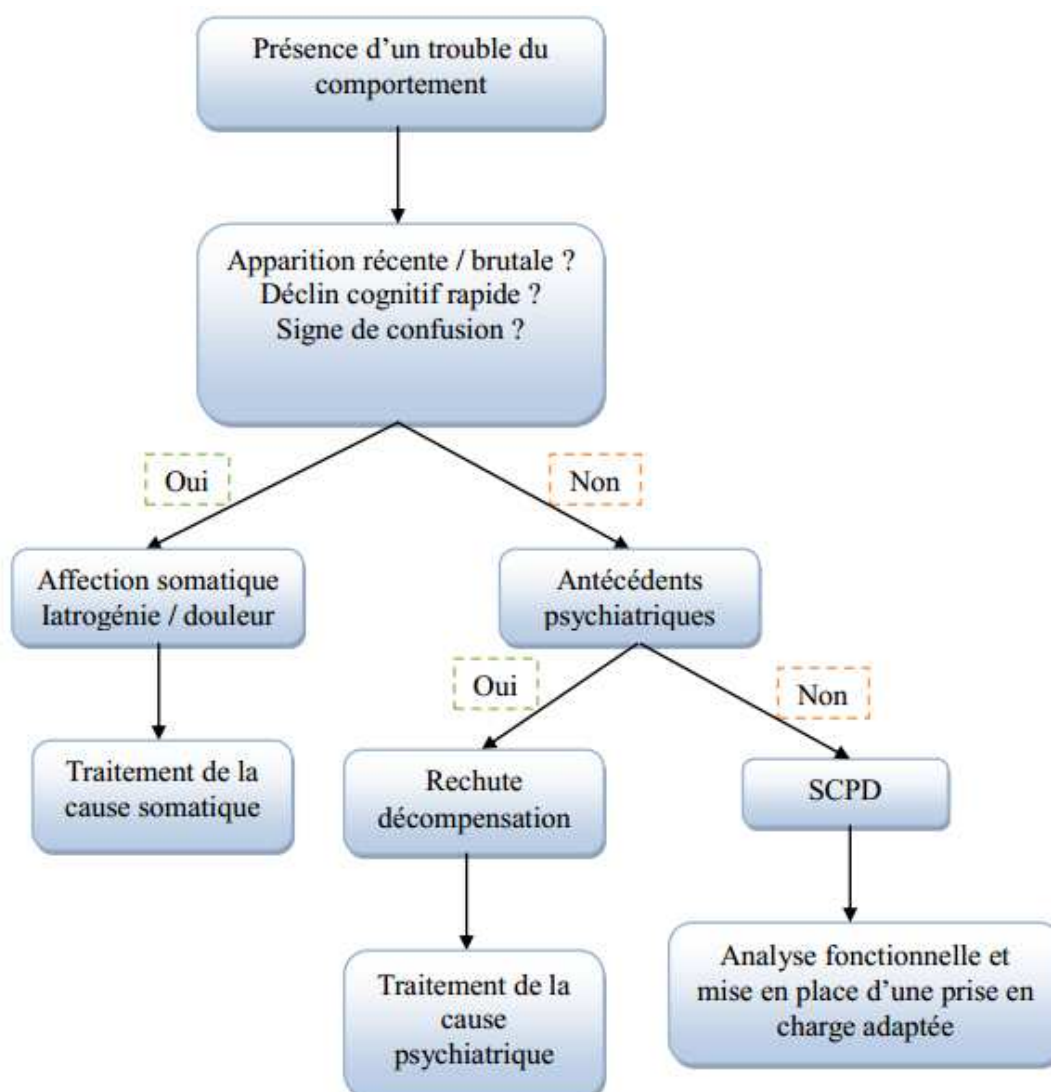
II) **Attitude face à un SCPD**

En présence d'un trouble psycho-comportemental, il faudra apprécier globalement la situation en éliminant d'abord une confusion aiguë qui représente en général une urgence médicale, avant d'analyser le comportement qui pose problème et de l'évaluer pour le prendre en soins de façon adaptée et bienveillante.

A) **Apprécier globalement la situation**

En premier lieu, il est demandé d'apprécier le degré d'urgence, de dangerosité ou de risque fonctionnel à court terme pour le patient ou pour autrui.

Ensuite on se réfère à l'arbre décisionnel établi par l'HAS pour appréhender un trouble du comportement survenant dans un contexte de démence.



Il y a des éléments à considérer en priorité pour exclure les diagnostics différentiels et surtout éliminer une cause curable :

- la durée et la brutalité ou non de la survenue des troubles
- l'aggravation de l'état cognitif (MMS)
- la présence de symptômes de confusion (inversion nyctémérale, trouble de la vigilance, trouble de la perception, modification de l'état psychomoteur, perplexité anxieuse, fluctuation...).

Face à un trouble du comportement de survenue brutale, avec déclin cognitif et présence d'au moins quelques symptômes évocateurs de confusion, la démence ne devra pas être incriminée dans l'origine des troubles du comportement, mais il faudra plutôt rechercher un état confusionnel secondaire à une maladie somatique non neurologique, une iatrogénie, une douleur ou une maladie neurologique non dégénérative (AVC, épilepsie...).

Puis, on recherchera la présence d'antécédents psychiatriques, le trouble actuel pouvant être une décompensation d'une maladie psychiatrique déjà existante. Dans ce cas on traite la cause psychiatrique.

Lorsqu'on a exclu la cause somatique et la cause psychiatrique, on est face à un SCPD, c'est à dire une manifestation comportementale de la démence, il faut alors réaliser une analyse détaillée pour poser des hypothèses explicatives et orienter la prise en charge.

B) Eliminer une confusion aigue

L'HAS a édité en 2009 des recommandations concernant la prise en charge de tous les patients âgés ayant une confusion aiguë et agités, avec ou sans démence sous-jacente. Ces recommandations sont destinées à être appliquées quel que soit le lieu de prise en charge et en particulier en EHPAD.

Les termes « confusion aiguë » ou « syndrome confusionnel aigu » ont remplacé l'ancienne dénomination de « confusion mentale » et sont l'équivalent du terme « delirium » utilisé dans la littérature internationale (DSMIV-TR et CIM-10).

1°) Les signes évocateurs

La confusion aiguë est un diagnostic clinique qui peut être difficile à porter chez une personne âgée. La confusion aiguë doit être évoquée quand la personne âgée présente un changement rapide de son comportement habituel ou en cas d'inversion récente du rythme nyctéméral (veille-sommeil). Dans ce cas, les signes de la confusion à rechercher sont :

- une perturbation de la conscience de soi et de son environnement (par exemple le résident ne sait plus qui il est, ne reconnaît pas sa famille) ;
- un trouble de l'attention (par exemple, les questions doivent être répétées à plusieurs reprises, le patient est facilement distrait par des stimuli extérieurs) ;
- des troubles cognitifs (troubles de la mémoire, en particulier de la mémoire des faits récents, désorientation temporo-spatiale, discours parfois décousu, voire incohérent) ;
- un trouble de la vigilance (obnubilation, perturbation du cycle normal veille/sommeil incluant l'inversion du rythme nyctéméral) ;
- des troubles psychiatriques (interprétation erronée des perceptions sensorielles, hallucinations).

Tous ces symptômes peuvent générer une grande anxiété (perplexité anxieuse) et une agitation chez le résident. Le début brutal ou rapidement progressif et la fluctuation des signes dans la journée avec une recrudescence vespérale des symptômes sont caractéristiques de la confusion.

Il est parfois difficile de distinguer une confusion aiguë d'un trouble du comportement au cours de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées car l'existence de troubles cognitifs ne permet pas de faire la distinction entre confusion et démence. En revanche, un début brutal, des troubles de la vigilance ou de l'attention et la fluctuation rapide des symptômes dans le temps orientent vers un diagnostic de confusion. La distinction est particulièrement difficile dans les cas de démence à corps de Lévy où les épisodes confusionnels et les fluctuations des symptômes sont fréquents, y compris au stade débutant de la maladie.

Un patient atteint de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée est un patient à risque de confusion aiguë. Chez un patient ayant une démence connue, il est recommandé d'évoquer une confusion aiguë devant toute aggravation brutale des fonctions cognitives ou devant toute modification de la vigilance ou du comportement antérieur.

Néanmoins toute agitation chez une personne démente n'est pas synonyme de confusion. En cas de démence, l'enquête étiologique systématique de la confusion est la même qu'en l'absence de démence. En cas de confusion chez un patient non connu comme atteint de démence, il est recommandé de rechercher, auprès de l'entourage ou des professionnels de santé en charge du patient, des signes en faveur de troubles cognitifs préexistants qui pourraient faire évoquer une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée sous-jacente.

2°) Les facteurs prédisposants et les facteurs déclenchants

La survenue d'une confusion est souvent multifactorielle. Elle résulte d'une interaction entre deux types de facteurs de risque : les facteurs prédisposants et les facteurs déclenchants. Plus les facteurs prédisposants sont importants, moins l'élément déclenchant a besoin d'être sévère pour provoquer une confusion. De plus, le cumul de plusieurs facteurs prédisposants majore le risque de confusion.

Les principaux facteurs prédisposants sont :

- démence avérée ou troubles cognitifs chroniques sous-jacents
- immobilisation, aggravée par une contention physique
- déficit sensoriel (visuel ou auditif)
- comorbidités multiples
- dénutrition
- polymédication
- antécédents de confusion, notamment postopératoire
- troubles de l'humeur, en particulier états dépressifs

Les principaux facteurs déclenchants sont :

- infectieux (pneumonie, infection urinaire, méningite, encéphalite, autre, ...)
- cardiovasculaires (syndrome coronaire aigu, trouble du rythme ou de la conduction, embolie pulmonaire, état de choc)
- neurologiques non infectieuses (accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural, hémorragie méningée, épilepsie, traumatisme crânien, encéphalopathie carentielle),
- métaboliques ou endocriniens (hypoglycémie, hypo- ou hypernatrémie, déshydratation, hypercalcémie, anémie, insuffisance rénale aiguë),
- psychiatriques,
- psychologiques (dépression, deuil, stress psychologique),
- généraux (intervention chirurgicale et anesthésie générale, douleurs aiguës, rétention aiguë d'urine, état subocclusif sur fécalome, fièvre isolée,
- traumatiques (ostéoarticulaires ou des parties molles)
- environnementaux (contention physique, déficit visuel ou auditif aigu, privation de sommeil),
- toxiques (intoxication ou sevrage alcoolique, intoxication au monoxyde de carbone)

- Mais ils peuvent surtout être **iatrogéniques et médicamenteux**.

Ainsi, le risque de confusion augmente avec le nombre de médicaments (polymédication) et en cas de surdosage.

En premier lieu, il est recommandé de rechercher une modification de prescription récente ou une erreur d'administration qui peut être la source de la confusion (introduction d'un nouveau médicament, augmentation des doses). Cependant, les traitements au long cours bien supportés lorsque l'état du patient est stable peuvent entraîner des effets indésirables lorsque l'état du patient se modifie en situation aiguë. Le fait que les médicaments reçus par le patient et leur dose n'aient pas été modifiés n'élimine donc pas l'imputabilité du traitement médicamenteux dans la survenue d'une confusion.

L'arrêt brutal d'un traitement en cours, en particulier pour les benzodiazépines, peut aussi être source de confusion aiguë, d'autant que la prise de benzodiazépines au long cours peut être méconnue en particulier lors de l'admission ou en cas d'approvisionnement par un tiers. Il est donc recommandé de rechercher et de noter dans le dossier l'ensemble des traitements pris par le patient sans se limiter à ceux mentionnés sur l'ordonnance.

De même, il est recommandé de vérifier que les doses effectivement prises par le patient sont bien adaptées à son âge et à sa fonction rénale.

Lors du bilan initial d'un patient confus, il est recommandé d'arrêter et de remplacer si besoin tous les médicaments pouvant être responsables d'une confusion ainsi que tous ceux qui ne sont pas indispensables.

Les modalités de l'arrêt devront être adaptées à la classe thérapeutique, en fonction du risque de survenue de manifestations de sevrage, en particulier pour les benzodiazépines, les bêtabloquants et les antiparkinsoniens.

En premier lieu, il est recommandé de rechercher systématiquement la prise de médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (voir premier tableau ci-dessus). Ce sont des facteurs déclenchants majeurs de confusion chez les sujets âgés qui ont souvent des troubles cognitifs préexistants même légers.

Principaux médicaments pouvant entraîner une confusion par leurs propriétés anticholinergiques (liste non exhaustive)

	Classe thérapeutique	DCI (exemples)	Spécialités
Neurologie	Antiparkinsoniens anticholinergiques	trihexyphénidyle tropatépine bipéridène	Artane® Lepticur® Akineton®
Psychiatrie	Antidépresseurs imipraminiques		
	Neuroleptiques phénothiaziniques		
	Neuroleptique atypique	clozapine	Leponex®
	Hypnotiques (neuroleptique)	acépromazine+acéprométazine méprobamate + acéprométazine	Noctran® Mépronizine®
Gastro-entérologie	Antiémétiques (neuroleptique)	métoclopramide métopimazine	Priméran® Vogalène®
Urologie	Antispasmodiques dans l'instabilité vésicale	oxybutynine, trospium, toltérodine, solifénacine,	Ditropan® Céris® Détrusitol® Vésicare®
Immuno-allergologie	Antihistaminiques phénothiaziniques	prométhazine alimémazine	Phénergan® Théralène®
	Antihistaminiques H1	hydroxyzine dexchlorphéniramine cyproheptadine	Atarax® Polaramine® Périactine®
Pneumologie	Antitussifs antihistaminiques H1	pimétixène oxomémazine	Calmixène® Toplexil®
	Bronchodilatateurs anticholinergiques	ipratropium tiotropium	Atrovent® Spiriva®
Antimigraigneux	Neuroleptique	flunarizine	Sibélium®
Cardiologie	Troubles du rythme	disopyramide	Rythmodan®
Divers	Antispasmodiques anticholinergiques	atropine tiémonium scopolamine	Viscéralgine®

D'autres médicaments fréquemment prescrits chez la personne âgée sont également des facteurs de risque de confusion :

Principales classes médicamenteuses non anticholinergiques pouvant entraîner une confusion (liste non exhaustive)

	Classe thérapeutique ou DCI
Psychiatrie	benzodiazépines et apparentés
	antidépresseurs (IRSS, IRSNa, etc.)
Neurologie	antiparkinsoniens dopaminergiques
	antiépileptiques
Gastro-entérologie (anti-ulcéreux)	inhibiteurs de la pompe à protons
Infectiologie (antibiotiques)	fluoroquinolones
Cardiologie	digoxine bêtabloquant amiodarone
Antalgie	morphine, codéine dextropropoxyphène tramadol
Divers	corticoïdes à fortes doses collyres mydriatiques

3°) La conduite à tenir en présence d'une confusion aiguë

En présence d'une confusion aiguë et selon la sévérité du trouble comportemental, le protocole prévoit soit l'hospitalisation, soit l'appel au médecin traitant.

a) L'hospitalisation

La confusion aiguë est une situation d'urgence médicale. Elle nécessite un diagnostic étiologique rapide et une prise en charge médicale. Il est recommandé d'hospitaliser le patient en urgence quand un ou plusieurs des critères suivants sont présents :

- un état clinique menaçant le pronostic vital ou fonctionnel ;
- la dangerosité du patient pour lui-même ou son entourage, en particulier en cas de confusion hyperactive difficilement gérable par l'entourage ou empêchant un examen clinique complet ;
- en cas de difficulté ou d'impossibilité à réaliser en EHPAD les examens complémentaires nécessaires;
- quand l'arrêt d'un traitement potentiellement responsable de la confusion nécessite une surveillance médicalisée pluriquotidienne ;
- quand la prise en charge en EHPAD n'est pas possible en raison d'une insuffisance de personnel.

Si le patient n'a pas été hospitalisé en urgence, une hospitalisation devra être organisée secondairement dans un service adapté si :

- les premières mesures diagnostiques et thérapeutiques mises en oeuvre hors de l'hôpital se sont avérées inefficaces ;
- le patient ne s'hydrate ou ne s'alimente plus suffisamment ;
- l'entourage professionnel ne permet plus de garantir la qualité des soins.

Dans le cas où, après avoir éliminé une cause organique, la confusion est liée à un état dépressif caractérisé et sévère avec des symptômes délirants ou un risque suicidaire (mélancolie délirante), il est recommandé d'hospitaliser le patient dans un service de psychiatrie.

b) L'appel au médecin traitant

Lorsque l'état du résident ne nécessite pas d'hospitalisation, il sera immédiatement fait appel au médecin traitant pour réaliser les investigations cliniques et les examens complémentaires initiaux indispensables.

🏠 Le bilan à effectuer

Face à un tableau confusionnel aigu chez la personne âgée, en plus de l'examen clinique habituel, il est recommandé de rechercher tous les facteurs déclenchants de la confusion et plus spécifiquement chez la personne âgée, d'éliminer en premier lieu un globe vésical, un fécalome ou une cause de douleur même non verbalisée dans ce contexte.

Le bilan biologique initial recommandé en urgence et de façon systématique, est destiné à éliminer les causes les plus fréquentes de confusion qui, dans la majorité des cas, pourront être traitées sans nécessiter une sédation :

- Ionogramme sanguin,
- urée, protides totaux, créatininémie avec calcul de la clairance de la créatinine ;
- calcémie ;
- glycémie capillaire ;
- hémogramme ;
- CRP ;
- bandelette urinaire (leucocytes, nitrites) ;
- Saturation O₂ ;

Il sera utilement complété par un électrocardiogramme

La tomodensitométrie cérébrale (TDM cérébrale) ne doit pas être pratiquée de façon systématique. Elle est recommandée en première intention en cas de signes de localisation neurologique, de suspicion d'hémorragie méningée, ou de traumatisme crânien même mineur. Elle peut être indiquée en seconde intention, afin de rechercher en particulier un accident vasculaire cérébral même en l'absence de déficit moteur, un hématome sous-dural en particulier en cas de traitement par un anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire. Toujours en seconde intention sont recommandés un électroencéphalogramme pour rechercher une comitialité, voire un examen du LCR en cas de signes d'appel.

🏠 Les mesures non médicamenteuses

La prise en charge, par l'équipe soignante, d'une situation de confusion aiguë avec agitation fera appel à des mesures avant tout non médicamenteuses. Ces mesures, sous la forme d'une prise en charge relationnelle individuelle,

suffisent à elles seules, dans un nombre important de cas, à désamorcer l'agitation du patient et à diminuer son angoisse.

Elles comprennent :

- l'accueil de la personne âgée dans un lieu approprié (pièce individuelle avec fenêtre, endroit calme) ;
- une attitude du personnel soignant favorisant l'apaisement (se présenter, se mettre face à la personne âgée, établir et maintenir un contact visuel, la nommer, lui expliquer pourquoi elle est là, ne pas entrer en opposition avec elle, s'entretenir avec elle de façon calme et posée, en utilisant des mots simples, etc.) ;
- l'attention aux messages non verbaux (mimiques, gestes, etc.), en favorisant l'utilisation de cette forme de communication chez le personnel soignant en plus du langage oral afin de renforcer la compréhension ;
- le maintien le plus possible des appareils auditifs et visuels pour éviter l'isolement sensoriel et favoriser la communication ;
- le maintien des objets personnels (ne pas retirer systématiquement tous les objets personnels) ;
- l'absence d'obscurité totale durant la nuit ;
- le non-recours à une contention physique en première intention ;
- l'alitement non systématique en favorisant si possible la mobilité physique ;
- l'adaptation de l'environnement pour éviter le risque de fugue du patient.

Il est recommandé que ces mesures non médicamenteuses soient poursuivies tout au long de la prise en charge y compris la nuit.

Par ailleurs, la prise en charge d'une confusion nécessite avant tout le traitement du ou des facteurs déclenchants. Plus spécifiquement en EHPAD, le comportement habituel du patient étant bien connu du personnel soignant, il est recommandé d'évoquer une confusion devant tout changement important de cet état.

Devant tout signe de confusion, il est recommandé de rechercher, entre autres, une cause liée à l'environnement du patient (changement d'un membre de l'équipe soignante, décès d'un voisin de table ou de chambre, conflits familiaux ou avec le personnel soignant) qui peut être à l'origine de la confusion, en particulier chez les patients atteints de démence. Chaque fois que cela est possible, il est recommandé d'y apporter des mesures correctrices.

Le traitement médicamenteux

En cas de confusion aiguë et si la prise en charge non médicamenteuse s'avère insuffisante, en complément de ces mesures non médicamenteuses, un traitement pharmacologique de courte durée (24 à 48 heures) peut être indiqué. Ce traitement sera institué après une évaluation individuelle de son rapport bénéfice-risque et il devra être notifié dans le dossier médical. Le traitement pharmacologique a pour objectif la diminution des symptômes et se justifie en cas de symptômes comportementaux sévères (agitation importante) ou émotionnels (anxiété sévère), provoquant chez le patient une souffrance significative ou en cas de symptômes mettant en danger le patient ou autrui.

Il est rappelé qu'aucun médicament n'a obtenu l'autorisation de mise sur le marché pour l'indication « confusion aiguë de la personne âgée ». Le choix de la classe thérapeutique est orienté en fonction des symptômes de confusion qui nécessitent une intervention médicamenteuse. Il est recommandé d'utiliser en cas d'agitation sévère :

- avec une anxiété prédominante : une benzodiazépine ayant un pic d'action rapide et une demi-vie courte ;
- avec des troubles productifs (hallucinations, délire) : un neuroleptique le plus adapté au profil du patient.

On ne dispose pas non plus de données dans la littérature concernant le méprobamate en cas de confusion aiguë de la personne âgée. Selon le RCP, le méprobamate peut être utilisé sous forme injectable dans les états aigus d'anxiété ou d'agitation, en deuxième intention, pour une durée la plus courte possible (de 1 à 3 j) et en diminuant la posologie chez les sujets âgés.

Si ce traitement est nécessaire, il est recommandé de privilégier une monothérapie et une durée la plus courte possible (24 à 48 heures au maximum).

Les mesures de contention physique

Elles doivent :

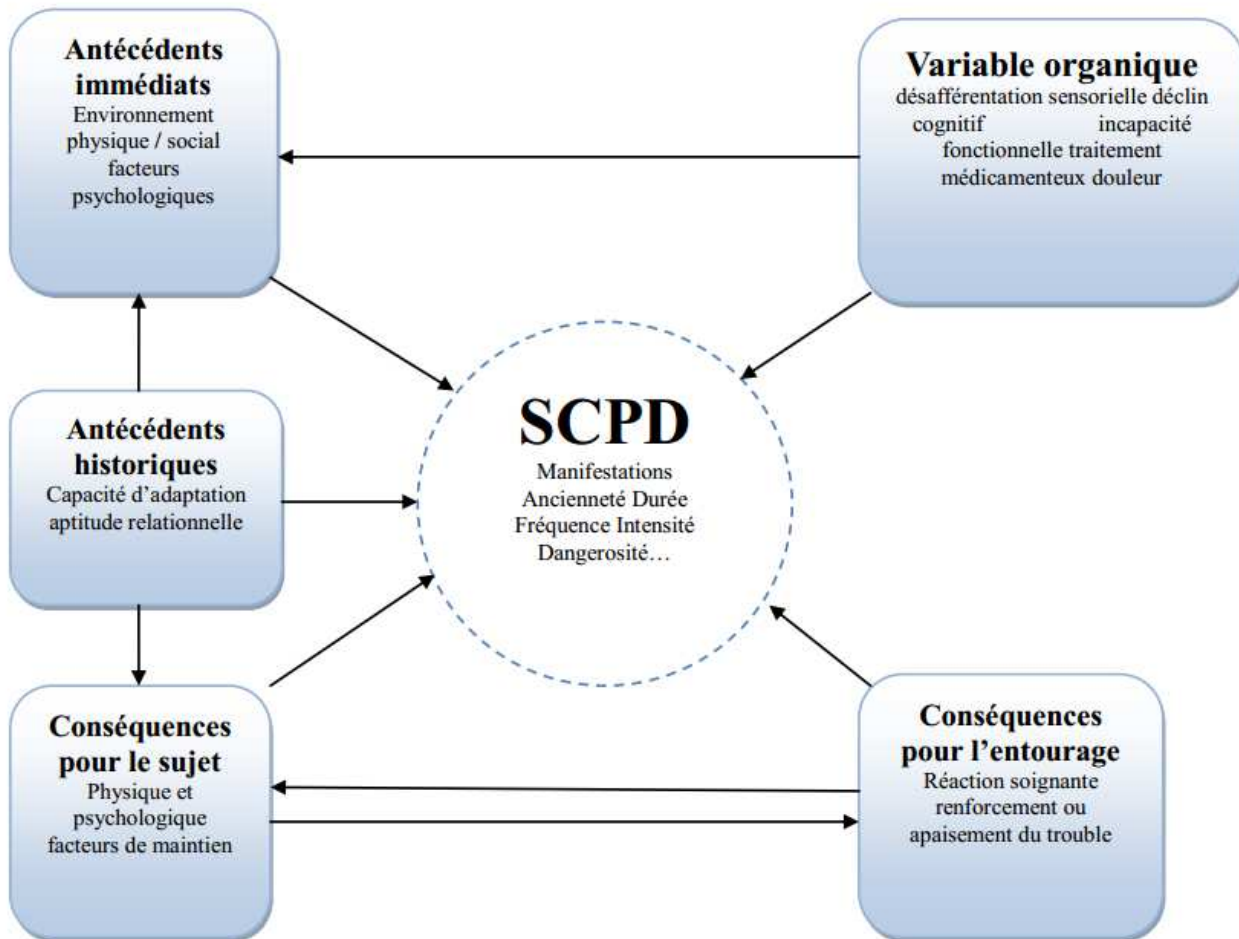
- rester exceptionnelles ;
- se limiter aux situations d'urgence médicale
- être reconsidérées au bout de quelques heures.

Si elle est indispensable, il est recommandé que la contention physique soit mise en œuvre selon un protocole précis établi :

- prescription médicale obligatoire et mention dans le dossier médical et dans le dossier infirmier ;
- surveillance programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers ;
- information de la personne et de ses proches ;
- préservation de l'intimité et la dignité du patient ;
- réévaluation au moins toutes les trois heures, avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternatives.

C) Analyser le comportement problème

Nous avons vu que l'étiologie des SCPD peut être multiple. Ainsi, face à ces troubles il est nécessaire de réaliser une évaluation multidimensionnelle systématique, structurée et hiérarchisée, pour comprendre la problématique et proposer un projet thérapeutique adapté.



Réalisée en équipe pluridisciplinaire, par l'interrogatoire du résident et de son entourage et par son observation directe dans différentes situations, elle s'articule autour de trois questions précises :

- ✓ que se passe-t-il ?
- ✓ dans quelles circonstances ?
- ✓ avec quelles conséquences ?

➤ Examen du comportement problème :

Mieux le soignant peut définir le problème, plus apte il sera à planifier une action efficace. Il faut réaliser une description précise du comportement : les manifestations, leur ancienneté, leur topographie, leur durée, leur fréquence, leur intensité... Cet examen permet de cibler le comportement problème et d'établir une ligne de base (sur une à deux semaines) pour évaluer l'évolution du trouble avec l'action thérapeutique. Il établit aussi le degré d'urgence et de dangerosité ou de risque fonctionnel à court terme pour le résident et autrui.

➤ Les circonstances d'apparition du trouble (facteurs prédisposant /déclenchant) :

Bien que l'on ait parfois l'impression que le SCPD incriminé survient «sans raison», une observation attentive des événements ayant immédiatement précédé le comportement peut révéler des déclencheurs dans l'environnement externe (physique ou social) du sujet.

Il faut aussi rechercher des précurseurs annonciateurs avant le déclenchement du comportement.

Il peut y avoir d'autres signes psycho-comportementaux associés, parfois moins visibles, qui majorent le trouble voire le déterminent (exemple: présence d'hallucinations qui entraînent d'autres troubles du comportement plus bruyants).

Il faut rechercher aussi les variables organiques spécifiques qui peuvent être des facteurs déterminants, d'autant plus dans la pathologie démentielle. Les déficits fonctionnels, limitant l'adaptation du sujet, vont souvent majorer les troubles. Sont ainsi à noter l'acuité sensorielle, les atteintes du système ostéo-articulaire, les éventuelles lésions cérébrales et les déficits consécutifs. Il faut également appréhender le niveau de dépendance, l'état de détérioration cognitive (MMS) et administrer éventuellement des échelles d'évaluation de la douleur. Le traitement médicamenteux doit aussi être pris en compte, en particulier les psychotropes.

La connaissance des antécédents historiques est également capitale. Le mode de réaction d'un individu à des contraintes biologiques ou environnementales va dépendre de son répertoire cognitif et comportemental, inné et acquis, avec l'histoire personnelle, familiale, socioculturelle, professionnelle... Il faut donc s'intéresser notamment aux capacités d'adaptation et aux aptitudes relationnelles, connaître la personnalité pré-morbide du résident et son mode de vie va permettre de pondérer ou de réévaluer certains comportements jugés inadéquats et d'individualiser la prise en charge.

Les SCPD sont rarement simples, en général, plusieurs facteurs contribuent à déclencher un comportement, et mieux les aidants comprendront la relation existante entre ces facteurs, plus ils auront de chances d'intervenir avec succès.

➤ **Les conséquences du trouble :**

Il s'agit d'examiner les réponses apportées par le personnel soignant et les autres résidents. Il faut rechercher dans la réaction de l'environnement social des facteurs de maintien, voire de renforcement du comportement problème (intervention systématique, commentaire négatif, agressivité, absence de valorisation de ce qui va bien...), mais également les réponses qui tendent à apaiser le trouble afin de les utiliser comme point de départ du travail thérapeutique.

Enfin, il convient de questionner le sens du trouble pour le sujet lui-même, en considérant le trouble comme une façon pour le résident d'exprimer ce qu'il ressent dans une situation donnée. Il peut s'agir de facteurs de maintien. Toutefois, avec l'altération cognitive, la perte des capacités de verbalisation, l'anosognosie, les hypothèses faites seront souvent limitées.

III) Les interventions des soignants face à un SCPD

Ces interventions sont avant tout non médicamenteuses, mais, lorsque la situation le nécessite, on pourra faire appel à certains médicaments, voire à un spécialiste ou à une hospitalisation.

A) Les interventions non médicamenteuses

Après avoir apprécié la situation, pris en charge une éventuelle urgence, écarté une cause curable immédiatement, analysé le SCPD et évalué sa fréquence, sa gravité et son retentissement, le personnel soignant peut envisager les mesures à prendre en privilégiant les interventions non médicamenteuses. L'équipe soignante doit être formée aux attitudes à adopter ou à éviter face à certains SCPD ; elle doit participer dans toute la mesure du possible aux activités thérapeutiques non médicamenteuses et connaître les critères d'ligibilité aux structures spécialisées de prise en charge.

1°) A faire et à ne pas faire

a) Opposition – Refus de soins

➤ **A faire**

- Être doux et adapter son comportement.
- Essayer de décaler les soins autant que possible.
- Être à l'écoute et prendre le temps de connaître la raison du refus.
- Solliciter l'aide du résident, privilégier l'autonomie.
- Demander à un autre membre du personnel d'assurer le soin.
- Négocier afin d'assurer les soins prioritaires.

➤ **A ne pas faire**

- Infantiliser.
- Faire la morale au résident.
- Parler de façon autoritaire.
- Réprimander.
- Forcer le résident.
- Utiliser des moyens de contention.

b) Comportement moteur aberrant

- **A faire**
 - Vérifier qu'il porte des chaussures convenables pour la marche.
 - Faciliter la déambulation du résident tout en veillant à assurer la sécurité générale et le bien-être des autres résidents.
 - Assurer une présence régulière auprès du résident.
 - Marcher avec le résident et le raccompagner à sa chambre, au salon.
- **A ne pas faire**
 - Barrer la route, l'empêcher d'avancer.
 - Obliger à s'asseoir même pendant les repas.
 - Laisser des obstacles sur le passage (sol humide...).
 - Laisser les portes des locaux techniques ouvertes.
 - Laisser ouvertes les portes permettant l'accès vers l'extérieur

c) Agitation

- **A faire**
 - Être doux.
 - Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
 - Être rassurant, sécurisant.
 - Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
 - Faire diversion.
 - Proposer une activité ou une promenade.
 - Établir des routines quotidiennes.
 - Repérer les moments de fatigue et d'agacement.
 - Limiter le nombre et la durée des visites.
 - Assurer une présence permanente au moment du crépuscule.
 - Isoler le résident.
- **A ne pas faire**
 - Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang froid).
 - Générer une ambiance anxieuse (bruit, lumière...).
 - Solliciter de façon incessante.
 - Utiliser des moyens de contention.

d) Agressivité

- **A faire**
 - Être doux.
 - Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
 - Être rassurant, sécurisant.
 - Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
 - Faire diversion.
 - Proposer une activité ou une promenade.
 - Proposer une collation ou une boisson.
 - Enlever les objets dangereux.
 - Assurer un périmètre de sécurité.
 - Demander de l'aide si besoin.
 - Isoler le résident.
 - Appeler le médecin.
- **A ne pas faire**
 - Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang froid).
 - Générer une ambiance anxieuse (bruit, lumière...).
 - Se sentir blessé des propos tenus.
 - Montrer sa peur.
 - Infantiliser.
 - Adopter un ton supérieur ou autoritaire.
 - Tenter de raisonner le résident.

- Faire des remarques humiliantes, mettre en échec.
- Punir.
- Utiliser des moyens de contention.

e) Délires et hallucinations

➤ A faire

- Indiquer au résident que nous n'entendons/voyons pas ce qu'il entend/voit, mais que nous le croyons.
- Avoir des propos rassurants.
- Essayer de changer de conversation, d'orienter le résident vers une autre idée.
- Si le trouble déclenche la peur, intervenir pour assurer la protection du résident et de l'entourage.
- Assurer une présence régulière.
- Appeler le médecin.

➤ A ne pas faire

- Paniquer.
- Tenter de raisonner le résident.
- Éviter l'infantilisation, ridiculiser.
- Nier le délire.
- Entretenir une conversation sur le délire.
- Créer des situations complexes ambiguës.
- Utiliser des moyens de contention.

f) Cris

➤ A faire

- Parler.
- Capter le regard.
- Tenir la main.
- Créer une ambiance apaisante, de détente.
- Proposer une collation ou une boisson.

➤ A ne pas faire

- Crier plus fort que le résident (ne pas essayer de couvrir la voix du résident).
- Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...).
- Minimiser la douleur.
- Utiliser des moyens de contention.

2°) Les interventions non médicamenteuses

Il s'agit d'interventions thérapeutiques ou d'animations.

a) Les activités thérapeutiques

Elles portent sur la qualité de vie, sur le langage (orthophonie), sur la cognition (stimulation cognitive, revalidation cognitive), sur la stimulation sensorielle, sur l'activité motrice, sur les activités occupationnelles. Des prises en charge globales peuvent associer plusieurs types d'interventions (psychomotricité, ergothérapie, etc.).

Elles sont un élément important de la prise en charge thérapeutique globale de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparentée ... même si elles n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité du fait de difficultés méthodologiques

Elles ont pour objectifs l'amélioration du confort de la personne et la préservation de son autonomie : changement d'état de la personne dans le sens d'une amélioration, maintien de ses capacités restantes, ralentissement du déclin de ses capacités.

Elles se distinguent de l'animation qui vise avant tout à donner du plaisir aux personnes sans forcément modifier l'état de santé de la personne

Les interventions à visée thérapeutique sont pratiquées par un personnel formé. Elles peuvent être proposées à titre individuel ou collectif. Elles sont proposées en fonction des capacités, des envies, des centres d'intérêt, etc. de la personne

Une séance d'essai peut être proposée afin que la personne puisse savoir si elle y trouve de l'intérêt ou du plaisir. Elles ne sont jamais imposées à la personne.

Les principaux exemples d'interventions sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Interventions non médicamenteuses	
Interventions portant sur la cognition	Stimulation cognitive
	Rééducation cognitive
	Revalidation cognitive
	Ateliers mémoire
Interventions portant sur l'autonomie fonctionnelle	Stimulation par l'activité physique
	Assistance pragmatique graduée et renforcement positif
	Atelier d'ergothérapie
	Cuisine
Interventions portant sur les comportements	Musique et/ou danse
	Exercice physique
	Thérapie par empathie
	Aromathérapie
	Stimulation multi sensorielle
	Thérapie de présence simulée (utilisation de vidéo familiale par exemple)
	Massage
	Thérapie avec les animaux familiers
	Remédiation cognitive
	Thérapie par réminiscence
	Luminothérapie
	Animations flash
Interventions portant sur la qualité de vie	Absence de sur-stimulation sensorielle
	Rééducation de l'orientation (reality orientation therapy)
	Stimulation multi sensorielle
	Activités de détente
	Activités individualisées adaptées
Prise en charge orthophonique	Maintien et adaptation des fonctions de communication du patient (langage, parole, etc.) et aide pour que la famille et l'entourage puissent adapter leur comportement aux difficultés de la personne.

b) L'animation

➤ Animation – Prévention

Séances organisées et programmées de manière hebdomadaire, bénéficiant d'un animateur, aidant, soignant dédié. Quelque soit sa nature, une animation doit avoir différents objectifs qui participent aux processus de soin (favoriser les échanges et la socialisation, favoriser l'expression et la créativité, favoriser l'orientation et les mécanismes d'apprentissage...). Afin d'atteindre ces objectifs (orientés vers le social, l'émotionnel et le cognitif), il est utile de décomposer une séance d'animation en 3 parties, et d'avoir des objectifs pour chacune de ces parties.

Cette animation doit durer environ une heure et doit être assurée par des ergothérapeutes, des psychologues, des orthophonistes... Il est souhaitable d'avoir un minimum de 3 séances par semaine incluant en particulier une activité physique, une activité artistique et une sortie.

L'idéal est d'avoir 2 animateurs par séance. Le nombre de personnes par séance ne doit pas dépasser 6 pour des résidents avec un MMSE < 14. Le groupe de résidents doit être si possible homogène. Si ce n'est pas le cas, il faut adapter l'activité aux capacités de chacun.

Il est important de :

- réaliser une évaluation cognitive et de l'humeur avant et après le cycle des séances.
- respecter l'identité des résidents, et pour ce, faire connaître les habitudes de vie actuelles et anciennes des personnes.
- optimiser la convivialité des locaux et du mobilier (ex : fauteuils autour d'une table afin d'augmenter les interactions sociales, ...).
- proposer des activités variées.
- favoriser les stimulations sociales, encourager, éviter les propos négatifs.

➤ Avant l'animation

- Accueil et présentation des membres du groupe : veiller à ce que chaque personne se présente ou soit réentée (salutation, poignée de main, tour de table).
- Présentation de l'animation qui va être proposée au cours de la séance : demander/donner la date, situer le contexte, décrire l'animation et ses objectifs, présenter le matériel et les outils si l'animation en requiert (les montrer, les faire nommer, mimer leur utilisation en complément des explications).
- Si l'animation est proposée régulièrement, évoquer les séances précédentes afin d'établir un cadre et un fil conducteur.

Aspect social :

Le temps d'accueil permet aux résidents de se présenter (favorise l'expression), de se serrer la main (favorise le contact). Le temps de présentation des membres du groupe permet aux résidents de retrouver les participants des séances précédentes, de faire de nouvelles connaissances. La prise en charge lors du trajet entre leur chambre et le lieu d'animation permet aux résidents de raconter ce qu'ils vivent au quotidien, leurs soucis, d'avoir un échange privilégié avec un membre du personnel.

Aspect émotionnel :

Présenter l'animation avant de la commencer permet de poser des repères qui constituent un cadre rassurant et sécurisant pour les résidents. La présentation de l'activité doit être attractive pour plusieurs raisons. En effet, elle doit constituer une stimulation et donner envie au résident de participer à l'animation. La présentation des membres du groupe et de l'activité permet de mettre en valeur l'importance du groupe et du travail qui va être accompli (valorisation de soi, cohésion de groupe, confiance en soi).

Aspect cognitif :

La présentation des membres du groupe favorise la mise en jeu des mécanismes d'apprentissage et de reconnaissance. La présentation de l'animation et du contexte dans lequel elle a lieu (la date, le lieu) fournissent des indices facilitant l'orientation spatiotemporelle. Parler des séances d'atelier précédentes sollicite la mémoire (les résidents devant raconter le déroulement de la dernière animation).

➤ Pendant l'animation

- L'animation ne doit pas durer plus d'une quarantaine de minutes afin d'éviter la saturation.
- Respecter un équilibre entre les objectifs fixés et le caractère ludique de l'animation afin qu'elle soit efficace, suivie et appréciée.
- L'animateur doit prévoir des solutions de rechange c'est-à-dire des activités parallèles au cas où celle mise en place ne soit pas appréciée ou qu'elle génère des troubles du comportement.
- Prévoir parmi les animations des activités centrées sur les moments forts de la vie (anniversaire, fête des saisons, Noël...).
- Prévoir également des activités qui s'inscrivent dans la durée avec un objectif final commun (exposition d'oeuvres réalisées par les résidents...).
- Valoriser le travail effectué.
- Stimuler les résidents si nécessaire en leur laissant le maximum d'autonomie (ne pas faire à leur place).
- Au cours de l'animation éviter l'intrusion d'autres personnes dans la salle en mettant par exemple un panneau sur la porte de la salle d'activité (l'intrusion d'une personne durant la séance peut générer des troubles du comportement, entraîner des pertes attentionnelles de la part des résidents et rompre le sentiment de sécurité au sein du groupe).

Aspect social :

Quelle que soit l'activité, elle permet aux résidents de s'exprimer par différents biais (oralement, par le corps, ...). L'animation permet de créer une dynamique de groupe autour d'un projet, où chaque membre a sa place (importance de chacun dans un groupe), peut intervenir, poser des questions (expression, inter-échanges) et peut exprimer sa créativité. L'activité représente un moment de partage privilégiant la socialisation. Il est important de veiller à ce qu'aucun résident ne soit mis à l'écart (organisation de la salle, animateur visible et entendu par tous).

Aspect émotionnel :

L'animation, facile et ludique, est vécue par les résidents comme un moment agréable, attractif, apaisant, d'échange amenant les résidents à se sentir bien, détendus. L'activité ne doit pas conduire à une situation d'échec pour les résidents, le travail de chacun doit être valorisé et faire l'objet d'un feedback positif (afin que les participants se

sentent utiles, compétents et confiants). Il est important de préciser à nouveau le travail qui est réalisé et les objectifs fixés afin de conserver le cadre sécurisant établi au préalable.

Aspect cognitif :

Chaque activité doit être une source de stimulation cognitive et non pas une source de mise en échec ou d'ennui. En effet, selon la nature et la forme qu'elle revêt, différents processus cognitifs plus ou moins complexes vont être sollicités.

➤ **Après L'ANIMATION :**

- Ne pas terminer brutalement l'animation, prévoir un temps de retour au calme.
- Solliciter les participants afin qu'ils expriment ce qu'ils ont ressenti lors de l'animation.
- Privilégier les échanges entre les résidents sur l'activité qu'ils ont partagée.
- Valoriser le travail effectué.
- Programmer la séance d'animation suivante (repères dans le temps et dans l'espace) et s'assurer que l'information soit transmise au personnel soignant et faire un affichage dans les différentes unités/étages de l'établissement.
- Terminer l'animation par des civilités (au revoir, ...).

Aspect social :

La fin de l'animation est un moment où les participants peuvent discuter et échanger sur l'animation qu'ils ont partagée. Les inter-échanges et la programmation des futures séances ateliers "fidélisent" les résidents qui se sentent appartenir à un groupe.

Aspect émotionnel :

Un temps de retour au calme à la fin de l'animation permet aux participants de s'en détacher progressivement, d'en sortir relativement apaisé avant le retour dans la chambre, une autre animation, ou tout autre lieu de vie. Les échanges autour de l'activité, du travail accompli et des objectifs atteints constituent une source d'encouragement et de valorisation. Ce temps d'échange représente également un moment où les résidents se sentent écoutés et pris en charge.

Aspect cognitif :

Les discussions autour de l'activité sollicitent notamment le langage (cohésion, discours fluent...), la compréhension (de l'activité elle-même, de ses objectifs et des inter-échanges) et la mémoire (se souvenir et raconter ce qui vient d'être fait, du matériel utilisé, ...). Programmer la séance suivante fournit des repères dans le temps et dans l'espace qui facilitent l'orientation, et ce, d'autant plus si l'information est véhiculée dans la structure.

➤ **Les animations Flash**

Ce sont des animations courtes, de moins de 15 minutes. Des fiches précisant le matériel à utiliser et décrivant le déroulement de l'activité, sont mises à la disposition du personnel dans un chariot dont chaque tiroir correspond à un type d'animation. Ces fiches sont reproduites ci-après pour les recommandations générales, applicables pour l'ensemble des animations flash et détaillée ensuite pour chaque animation :

<p>TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE <i>de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées</i></p> <p>APPLICATION AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT EN EHPAD</p>	<p>ANIMATIONS FLASH</p> <p>RECOMMANDATIONS GENERALES</p> <ul style="list-style-type: none">• Prévoir une boîte à multiples tiroirs de rangement. Un tiroir = une animation flash.• Faire la liste des centres d'intérêt des résidents en les classant par ordre alphabétique (cf. histoires et habitudes de vie). Feuille à glisser dans le premier tiroir.
--	--

LIEU	DUREE	OBJECTIF
Chambre ou salle d'activité disponible (au calme).	15 minutes maximum déplacement compris.	Faire chuter les troubles du comportement en moins de 15 mn.
A FAIRE		
<ul style="list-style-type: none"> • Respecter. • Entendre les émotions. • Susciter. • Faire parler... 		
A NE PAS FAIRE		
<ul style="list-style-type: none"> • Imposer les animations. • Mettre en échec les résidents. 		

➤ ACTUALITÉ

Matériel :

- Journal local du jour.

Description de l'activité :

- Inviter le résident à s'asseoir.
- Choisir un article en fonction des centres d'intérêt du résident.
- Lecture de l'article (quelques lignes).
- Faire associer des souvenirs.
- Quand le résident est apaisé, le raccompagner au salon, l'inviter à s'asseoir et proposer un magazine.

➤ PHOTOS SOUVENIR

Matériel :

- Planches de photographies de stars, acteurs, hommes politiques, sportifs, intellectuels, artistes... des années 1920 à nos jours.
- Planches de photographies relatives à des monuments et des sites historiques, des publicités anciennes...

Description de l'activité :

- Inviter le résident à s'asseoir.
- Prendre l'album photo.
- Montrer les photos et demander au résident de nommer l'image.
- Faire associer des souvenirs.
- Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

➤ BIEN-ÊTRE

Matériel :

- Lingettes rafraichissantes, crème hydratante et parfumée pour les mains.

Description de l'activité :

- Inviter le résident à s'asseoir confortablement dans un fauteuil.
- Passer la lingette délicatement sur les mains puis appliquer lentement la crème sur les mains par mouvements circulaires.
- Accompagner le massage par des paroles apaisantes et valorisantes.
- Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

A FAIRE : S'installer assis face à la personne et capter son regard.

A NE PAS FAIRE : Massage sur le visage.

➤ ACTIVITÉ MANUELLE

Matériel :

- Pâte à modeler et emporte-pièce, feutres lavables et feuilles.

Description de l'activité :

- Inviter le résident à s'asseoir confortablement dans une chaise face à une table.
- S'asseoir face ou à côté de lui.
- Mettre à disposition le matériel.

- Commencer l'activité.
- Quand le résident est apaisé, le raccompagner

➤ **PROMENADE**

Matériel :

- Tenue vestimentaire adaptée à la saison (chapeau, parapluie...), chaussures adaptées à la marche.

Description de l'activité :

- Inviter le résident à faire une promenade en lui donnant le bras et en échangeant quelques mots.
- Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

➤ **MUSIQUE**

Matériel :

- Lecteur CD portable, CD de musiques de style divers (ambiance, classique, d'époque...).

Description de l'activité :

- Inviter le résident à s'asseoir confortablement dans un fauteuil.
- Lui proposer de fermer les yeux et mettre un CD de musique douce (ambiance) pour commencer. Lui faire ensuite choisir un morceau qu'il apprécie. Engager une discussion sur les souvenirs se rapportant à cette musique.
- Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

➤ **RELAXATION - RESPIRATION**

Matériel :

- CD musique d'ambiance douce (bruit de la mer, ...).

Description de l'activité :

- Inviter le résident à s'asseoir confortablement dans un fauteuil.
 - Mettre un CD de musique douce. Inviter le résident à se détendre en le faisant inspirer et expirer 10 fois de l'air doucement.
- Lui proposer de fermer les yeux et l'accompagner dans une rêverie imageante.
- Demander au résident d'ouvrir les yeux et de raconter comment était "l'arbre"... qu'il a imaginé ou bien le faire évoquer ses sensations.
 - Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

➤ **DÉFOULOIR**

Matériel :

- Un coussin épais, des mouflés, balle en mousse.

Description de l'activité :

- Lorsque le résident est particulièrement agité, proposer ce type d'animation flash.
 - S'installer dans une pièce calme ou le matériel est déjà à disposition.
 - Tenir le coussin et proposer au résident de taper dedans en disant tout ce qui lui passe par la tête (sa colère...).
- Au bout de quelques minutes de défouloir, inviter le résident à s'asseoir et lui donner deux balles en mousse (une dans chaque main).
- Proposer de malaxer ses balles avec les pressions de moins en moins fortes. Inviter le résident à parler de ses ressentis.
- Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

3°) Adaptation de l'environnement à la personne

Il n'y a pas d'environnement idéal pour tous les résidents. Le meilleur environnement pour un résident donné est celui qu'il perçoit comme sécurisant et rassurant, dans lequel il trouve les aides et les soins que son état requiert, où les facteurs de stress sont limités et où il peut recevoir un soutien affectif. C'est après une analyse non précipitée de l'ensemble de ces besoins que les aidants et les professionnels peuvent, en tenant compte des souhaits du résident, déterminer avec lui quel est a priori le meilleur lieu de vie ou de soins.

Tout changement d'environnement représente un stress pour le malade et un temps d'adaptation est en général nécessaire. Ainsi, l'évaluation de l'adaptation à l'environnement doit être répétée dans le temps, car il s'agit d'un processus dynamique

Plusieurs types de structures ont été créés au sein des EHPAD par les plans Alzheimer. Ce sont les unités Alzheimer, les P.A.S.A et les U.H.R.

a) Les Unités de Soins Alzheimer

Des espaces dédiés ont été aménagés au sein de nombreux EHPAD répondant à cinq critères habituellement retenus comme indispensables pour pouvoir réellement parler d'Unités de Soins Alzheimer.

➤ **Une population de résidents bien ciblée.**

Il peut s'agir de maladie d'Alzheimer, de démence vasculaire et d'autres démences dégénératives. Pour les unités de soins aigus, des patients présentant un simple déclin cognitif peuvent être hospitalisés pour un court bilan. Dans les unités spécialisées de longue durée sont en général pris en charge des patients présentant une démence sévère associée à des troubles du comportement. Des travaux récents ont montré que 68 à 85% des résidents en Unité de soins Alzheimer avaient un stade sévère de démence et 65% d'importantes difficultés pour communiquer. Il faut noter cependant qu'environ 80% des résidents des maisons de retraite traditionnelles présentent une altération des fonctions cognitives encore souvent non évaluée.

➤ **Un environnement architectural adapté.**

Ce dernier doit permettre d'éviter les sorties à l'insu de l'EHPAD et les accidents tout en assurant un maximum de confort pour le patient, sa famille et le personnel soignant. Une attention toute particulière doit être portée aux couleurs (afin de calmer et faciliter l'orientation des patients), à la luminosité qui doit être suffisante, à la sonorisation afin d'éviter au maximum les bruits indésirables pour maintenir une ambiance la plus tranquille possible. La présence d'un jardin thérapeutique permet le maintien d'une activité physique, et d'une bonne qualité de vie en toute sécurité.

➤ **Un personnel formé, entraîné, spécialisé.**

Il s'agit ici d'un aspect essentiel des Unité de soins Alzheimer. La formation du personnel permet non plus de subir la maladie d'Alzheimer, mais de mieux la combattre. Un personnel formé saura diminuer les situations pouvant rendre le patient agressif. Il saura également faire face aux troubles du comportement alimentaire lors des repas ou à l'agressivité du patient pendant la toilette.

Formé, ce personnel pourra à son tour éduquer la famille, l'apaiser, lui donner des conseils pouvant lui faciliter la vie de tous les jours. Il s'agit ici d'un des principaux éléments des Unité de soins Alzheimer. Des travaux récents ont montré que le personnel des Unité de soins Alzheimer présentait alors un "turn-over" diminué par rapport à celui observé dans les unités traditionnelles devant prendre en charge des personnes âgées.

La formation du personnel aux échelles leur permet d'explorer l'autonomie pour les actes de la vie quotidienne (échelles ADL, IADL), d'évaluer les troubles du comportement alimentaire (échelle de Blandford), les troubles du comportement (NPI-ES, Cohen-Mansfield), la charge en soins pour la famille (échelle de Zarit). Cela est particulièrement enrichissant, non seulement pour la qualité des soins envers les patients, mais pour l'intérêt du travail du personnel.

➤ **Une participation de la famille**

La maladie d'Alzheimer est une maladie de la famille. Elle va retentir sur l'état de santé physique et mental de l'entourage direct du patient. Il est indispensable d'apporter aux familles, l'information nécessaire, de pouvoir les soutenir. Ainsi, des séances d'éducation des familles sont mises en place dans les unités de soins Alzheimer. Cette formation est différente dans des unités de court séjour lors de l'annonce du diagnostic et lors de l'apparition des complications. Mais même en long séjour, il est souhaitable que les familles puissent continuer à participer à la vie de l'institution et aux soins apportés aux patients, notamment pour ce qui concerne l'alimentation, l'activité physique et l'animation.

➤ **Un projet de soins spécifiques**

Les Unités de soins Alzheimer doivent avoir un projet de soins spécifiques afin d'optimiser la qualité de vie des patients et de leur entourage. Se pose tout d'abord le problème de l'annonce du diagnostic au patient ou à sa famille dans les formes débutantes. Se pose ensuite le suivi du malade afin de dépister et prendre en charge aussi vite que possible les complications (perte de poids, troubles de la marche, troubles psychiatriques) ainsi que les pathologies intercurrentes. Elles doivent également mettre en place un programme d'animation pour les résidents des unités de longue durée. De telles animations ont permis de diminuer de façon significative les troubles du comportement et du sommeil nocturne si souvent observés chez les patients. Le maintien de la qualité de vie et les soins terminaux correspondent à une des aspects les plus difficiles de la médecine des patients atteints de maladie d'Alzheimer.

b) Les nouvelles structures de prise en charge

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit de généraliser la réalisation de « pôles d'activités et de soins adaptés » dans les EHPAD et « d'unités d'hébergement renforcées » dans les EHPAD et les unités de soins de longue durée (USLD) selon le niveau de troubles du comportement des personnes concernées.

Les PASA et les UHR s'intègrent dans un projet d'établissement qui peut comporter d'autres types de réponses adaptées à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM : « *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* »), et de la Haute autorité de santé (HAS : « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* »), s'appliquent à ces deux types d'unités spécifiques.

Les caractéristiques communes à ces deux types de structures sont les suivantes :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement;
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soin et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

C'est l'évaluation, par le personnel soignant de l'EHPAD, du score du NPI-ES qui fixe le seuil d'accueil dans l'une ou l'autre de ces structures, d'où l'importance de sa réalisation correcte et de sa réévaluation périodique.

➤ **Le Pôle d'Activité et de Soins Adaptés**

Il correspond à un lieu de vie identifié dans un EHPAD, destiné à accueillir les résidents de l'EHPAD pour leur proposer, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques.

Les critères d'éligibilité sont les suivants :

- maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée
- troubles du comportement modérés score strictement >3 à au moins un item du NPI
- troubles du comportement qui:
 - ✓ altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des résidents
 - ✓ dont l'ampleur est mesurée par l'échelle de retentissement du NPI-ES entre 2 et 4
 - ✓ et qui interviennent selon une fréquence d'au moins une fois par semaine lors du mois précédent
- n'ayant pas de syndrome confusionnel
- et mobiles, capables de se déplacer seul, y compris en fauteuil roulant
- et ne remplissant pas les critères d'admissibilité en UHR

D'une capacité de 12 à 14 places, ouverts 7 jours sur 7 (le cas échéant 5 jours sur 7), il s'agit d'un espace spécialement dédié, adapté et aménagé, bénéficiant d'un environnement rassurant permettant la déambulation. Ce pôle fonctionne avec une équipe dédiée, composée de professionnels spécifiquement formés (ergothérapeute et/ou psychomotricien, psychologue) et d'assistants de soins en gérontologie (nouvelle qualification des AS créée par le plan Alzheimer).

➤ **L'Unité d'Hébergement Renforcée dans les EHPAD médico-sociaux et les USLD**

Ce lieu de vie identifié dans l'EHPAD ou l'USLD, fonctionne nuit et jour, et propose aux résidents de l'EHPAD sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques.

Les critères d'éligibilité sont les suivants :

- maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée
- et des troubles du comportement sévères mesurés par un score strictement supérieur à 7 à un des items de l'échelle NPI-ES concernant seulement les troubles perturbateurs suivants: idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, désinhibition, exaltation de l'humeur/euphorie, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant
- et avec une échelle de retentissement du NPI-ES à 5, éventuellement à 4 lors de 2 évaluations au cours du mois précédent
- et mobiles, c'est-à-dire capables de déplacer seul y compris en fauteuil roulant
- et n'ayant pas de syndrome confusionnel

L'EHPAD dispose d'une file active d'au moins 12 à 14 résidents éligibles/admissibles et l'UHR dispose d'une file active correspondante à la capacité de son projet, soit 20 places au maximum.

Son fonctionnement est celui d'un lieu d'hébergement séquentiel. Sa capacité est de 12 à 14 places pour une UHR en EHPAD et de 20 places au maximum pour une UHR en USLD.

Comme le PASA, il s'agit d'un espace dédié spécialement aménagé, doté d'une équipe dédiée, composée de professionnels spécifiquement formés, encadrés par des médecins.

B) Les interventions médicamenteuses

Les psychotropes ne sont indiqués que lorsque les mesures non médicamenteuses sont d'une efficacité insuffisante et après évaluation du rapport bénéfice/risque. Ils sont utilisés en synergie avec les mesures non médicamenteuses. Ils ne sont pas recommandés en première intention en cas d'opposition, de cris ou de déambulation. Ils ne sont pas indiqués en prévention des troubles du comportement. Un traitement par psychotrope ne doit pas être instauré si les troubles sont d'origine somatique ou iatrogène

Si l'on utilise un psychotrope, on le fera en :

- ✓ choisissant la molécule en fonction du symptôme à traiter (identifier et évaluer le symptôme cible) et du risque d'effets secondaires,
- ✓ privilégiant la monothérapie
- ✓ commençant le traitement par de petites doses
- ✓ augmentant progressivement les doses par paliers jusqu'à la dose efficace la mieux tolérée
- ✓ préférant la voie orale
- ✓ prescrivant la plus courte durée possible (à l'exception des antidépresseurs)
- ✓ en surveillant l'efficacité et la tolérance
- ✓ en réévaluant régulièrement les symptômes

Parmi les différentes classes de psychotropes, l'HAS édicte les préconisations suivantes :

➤ **Pour les antidépresseurs :**

Indiqués en cas de trouble du comportement révélateur d'un épisode dépressif (certains cas d'instabilité émotionnelle, d'anxiété, d'impulsivité, d'agitation, d'idées délirantes). Il est recommandé de prescrire un antidépresseur sans effet cholinergique et il est recommandé d'éviter les co-prescriptions, notamment à visée sédatrice ou anxiolytique

➤ **Pour les antipsychotiques**

Il est recommandé de ne prescrire un antipsychotique qu'en cas de trouble psychotique sévère et non contrôlable autrement, après échec des mesures non médicamenteuses ou en cas d'urgence (danger pour le résident ou pour autrui). Leur usage est déconseillé en cas de maladie d'Alzheimer ou apparentée (risque de décès et d'AVC) et très déconseillé en cas de maladie à corps de Lewy (risque de décès, d'AVC et effets extra-pyramidaux). Ils ne sont pas efficaces dans les troubles du comportement au cours de la maladie d'Alzheimer.

On devra faire une évaluation préalable du rapport bénéfice/risque (risques cérébro-vasculaire, cardiaque, neurologique, cognitif, métabolique), choisir un produit à demi-vie courte et effet anticholinergique faible, et pour une durée de prescription très limitée avec réévaluation au moins toutes les semaines de la tolérance physique, neurologique et cognitive et de l'efficacité.

La rispéridone (0,25 à 1 mg/j) et l'olanzapine (2,5 à 5 mg/j) (hors AMM) sont les deux molécules les plus étudiées dans ce domaine.

➤ **Pour les anxiolytiques**

Ils sont indiqués dans les situations de crise ou pour une courte durée après correction des causes (somatiques, relationnelles, psychologiques ou iatrogènes). Il est recommandé d'utiliser des molécules à demi-vie courte (< 20 heures) et sans métabolite actif comme alprazolam, clonazépam, lorazépam, oxazépam. Ils exposent à des risques de sédation, d'agitation paradoxale, d'accentuation des troubles mnésiques, de chute, de syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal. On évitera les antihistaminiques du fait de leur effet anticholinergique

➤ **Pour les hypnotiques**

Indiqués après échec des mesures comportementales ou d'hygiène de vie, leur prescription sera de courte durée en préférant les molécules à durée d'action courte.

On n'utilisera pas, dans cette indication, un hypnotique contenant une molécule neuroleptique tel que Théralène®, Noctran® ou Mépronizine® et réévaluera régulièrement l'efficacité et la tolérance.

➤ **Pour les thymorégulateurs**

Ils ne sont pas recommandés dans cette indication.

C) Les autres interventions

1°) Place d'un avis spécialisé

Il est recommandé de demander l'avis d'un autre professionnel spécialisé (psychiatre, psychologue, neurologue, gériatre) en cas de comportement difficile à gérer au sein de l'établissement ou à risque d'aggravation à court terme, de désadaptation à l'environnement, de danger pour le résident ou pour autrui.

La présence d'un psychologue, même à temps partiel, au sein de l'établissement, est important non pas tant pour les résidents qui sont du ressort d'un spécialiste cité précédemment, mais plutôt pour les aidants, formels ou informels.

Pour les proches, il a un rôle de soutien et d'information :

- information sur la maladie, sur les troubles psychologiques et comportementaux, sur les attitudes à privilégier pour prévenir et apaiser les troubles du comportement
- soutien psychologique par le biais d'entretiens, de groupes de parole, des associations de familles, etc.

- information sur les choix de l'établissement concernant la prévention et la gestion des troubles du comportement pour obtenir leur adhésion à ces choix (degré de tolérance des troubles, prise de risque, contention, modalités de prise en charge, etc.)

Pour le personnel, son aide et son écoute peuvent être importants afin d'anticiper sur les signes de souffrance au travail et le risque d'épuisement psychologique.

2°) Place de l'hospitalisation

On devra hospitaliser toute personne présentant des troubles psychologiques ou comportementaux dès lors que les troubles constatés ne peuvent pas être pris en charge de façon rapidement sécurisante dans l'établissement parce que :

- l'état clinique de la personne, dont son état comportemental, menace son pronostic vital ou fonctionnel, en particulier si une confusion peut sous-tendre le tableau clinique
- le résident est dangereux pour lui-même ou son entourage et sa dangerosité ne peut être contrôlée par les professionnels au sein de l'établissement
- il est nécessaire de réaliser sans délai des examens complémentaires non ou difficilement réalisables en ambulatoire
- la modification d'un traitement en raison des troubles du comportement nécessite une surveillance médicalisée qui ne peut être assurée au sein de l'établissement

Cette hospitalisation se fera en évitant autant que possible le passage par les urgences et en adressant la personne directement dans un service adapté (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale en SSR, service de psycho-gériatrie, etc.). L'EHPAD a établi des conventions avec ces services, dans le cadre du projet d'établissement et s'est engagé à accueillir à nouveau la personne à la fin du séjour hospitalier.

Une fiche de transmission écrite est systématiquement adressée au service d'accueil, avant ou au moment de l'hospitalisation. Elle précise les antécédents médicaux, les traitements médicamenteux en cours, les troubles actuels, leur mode de survenue, les mesures tentées et leurs effets, les coordonnées des personnes à joindre.

Quatrième partie : Rôle du médecin coordonnateur

Au terme de ce mémoire, je me suis interrogé sur les actions à mettre en œuvre, en tant que médecin coordonnateur, au niveau de l'EHPAD Saint Dominique.

J'ai ainsi pu recenser un certain nombre de mesures à organiser moi-même ou à demander aux autorités administratives et de tutelle.

I) Mettre à jour le dossier informatisé de chaque résident

Devront ainsi être régulièrement tenues à jour et pouvoir être éditées sur demande, les rubriques suivantes :

- Les antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques éventuels.
- L'histoire biographique du résident (métier antérieur, passions, réalisations, routines, habitudes de vie, événements marquants, personnalité, qualités, défauts,...), en interrogeant si besoin les enfants.
- L'évaluation du MMS et de l'IADL (parallèlement au GIR)
- La satisfaction des 14 besoins de Virginia HENDERSON
- Les pathologies et les traitements en cours (à faire actualiser par les médecins traitants)
- Les principales constantes cliniques (poids, TA, pouls, T°, SaO2) et biologiques mises à jour

II) Repérer les résidents à risque de SCPD

Il conviendra de dépister, et cela dès leur entrée en établissement, les personnes à risque de SCPD en recherchant les principaux facteurs prédisposants et précipitants des SCPD dans le dossier du résident et en les éditant de façon spécifique dans MEDICOR.

Pour les SCPD, les facteurs prédisposants (contextuels) sont les facteurs neurologiques (type de démence, niveau d'autonomie fonctionnelle), les facteurs cognitifs (déficits cognitifs, capacité de communiquer), l'état de santé (autres problèmes de santé présents : arthrose, insuffisance cardiaque, etc.), les facteurs démographiques, historiques et culturels (âge, sexe, origine, religion, personnalité, parcours de vie, etc.).

Les facteurs précipitants (proximaux) sont les facteurs personnels (en particulier les besoins non satisfaits : douleur, soif, inconfort, insécurité, repos, élimination, etc.), l'environnement physique (stimulation adaptée, sur-stimulation ou sous-stimulation? Chambre personnalisée, objets familiers, manque de repères? Quelles sont les occupations du résident?), l'environnement social (qualité et quantité des interactions sociales avec les proches, les autres résidents et les soignants), l'environnement organisationnel (politiques et procédures, matériel, fournitures, organisation du travail, effectifs et ratios, formation, qualification et soutien clinique du personnel soignant).

III) Mettre en place des transmissions spécifiques aux SCPD.

Celles-ci s'articuleront sur plusieurs éléments :

- Fiche d'observation du SCPD principal
- Transmission initiale dans le cadre d'une rubrique d'alerte créée sous MEDICOR et intitulée « *Troubles psycho comportementaux* »
- Réunion de concertation du personnel soignant sur le(s) cas de SCPD ayant fait l'objet d'une observation et d'une transmission. Cette réunion pourrait avoir lieu à la fin de la séance hebdomadaire de transmissions orales de l'équipe soignante, le mardi entre 13H00 et 13H30, dans la salle de staff, en présence du médecin coordonnateur, de l'infirmière référente et de l'assistante de soins en gériatrie. La présence d'une psychologue, qui actuellement n'intervient qu'en externe, est hautement souhaitable. Evidemment, cette discussion n'aura lieu que si au moins un cas de SCPD a été observé au cours de la semaine écoulée. Il pourra être décidé au cours de la réunion de faire appel à l'intervention d'un psycho-gériatre dans le cadre du réseau de soins et de la filière gériatrique.
A l'issue de cette réunion seront mis en place le plan d'intervention en cas de repérage d'un ou plusieurs facteurs responsables du SCPD ou les mesures thérapeutiques, essentiellement non pharmacologiques, du plan de soins.
- Réunion de réévaluation dans les mêmes lieux et horaires et avec les mêmes participants que la réunion de concertation initiale.

IV) Créer un protocole pour une gestion optimale des SCPD.

Ce protocole organise la gestion du symptôme sous forme d'un algorithme depuis l'observation jusqu'à la prise en charge thérapeutique du SCPD. Evidemment le protocole et ses annexes pourront être modifiés ultérieurement, à l'usage et en fonction des remarques formulées par le personnel soignant.

A) Page de garde

- **Définition**

Parmi les personnes âgées vivant en EHPAD et souffrant de maladies d'Alzheimer ou apparentées, plus de 80% d'entre elles présentent des SCPD ou Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence. Il peut s'agir d'une agitation (activité verbale, vocale ou motrice inappropriée), d'une agressivité physique ou verbale, de comportements d'errance ou de "fugue", d'opposition (refus du patient, notamment refus de soins, d'alimentation, de coopérer). Il peut s'agir aussi de symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations) ou affectifs (dépression, anxiété). Ces troubles surviennent de façon prépondérante à certains moments du nyctémère, tels que la toilette, les repas ou la fin de journée, et ont un impact important sur les soignants.

- **Objectifs**

Prévention et prise en soins optimale des SCPD par le personnel soignant en EHPAD.

- **Règles générales**

Le principe est de toujours rechercher un sens, une signification ou un message à l'apparition d'un SCPD chez un résident. Il faudra prévenir les SCPD en formant le personnel aux bonnes attitudes, repérer le plus précocement possible leur apparition, les prendre en soin selon un algorithme simple, compréhensible et reproductible et programmer les interventions nécessaires en privilégiant les méthodes non médicamenteuses. La concertation doit se faire à toutes les étapes, en équipe avec, si besoin, l'appel à des intervenants internes ou extérieurs.

- **Destinataires**

Personnel soignant, y compris intérimaire et stagiaire
Ensemble du personnel pour la partie prévention

- **Références réglementaires**

ANESM, l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médicosocial, février 2009
HAS, améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé, octobre 2007
HAS, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic, septembre 2008
HAS, diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, mars 2008
HAS, prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : interventions médicamenteuses et non médicamenteuses, mars 2008
HAS, bon usage des médicaments, les médicaments de la maladie d'Alzheimer à visée symptomatique en pratique quotidienne
HAS, prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, mai 2009
HAS, liste des actes et prestations affection de longue durée, maladie d'Alzheimer et autres démences, actualisation juin 2010
HAS, Indicateurs de Pratique Clinique d'Alerte et de Maîtrise, Neuroleptiques chez le malade Alzheimer, octobre 2010
ANAES, Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, octobre 2000

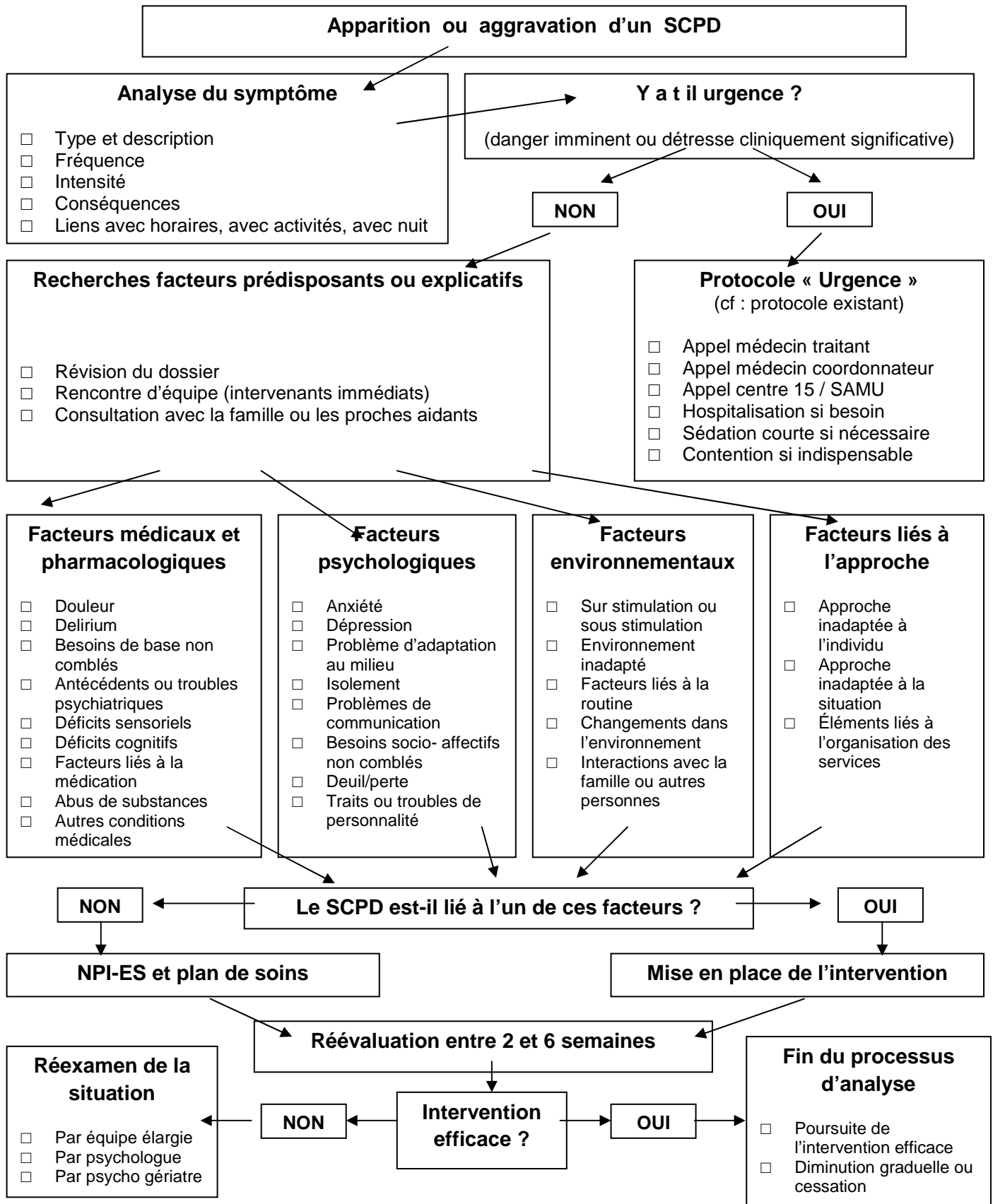
- **Documents associés**

Fiches CPAM pour la prévention
Grilles d'analyse (algorithme, NPI-ES, Cornell, Doloplus,...)

- **Validation**

Ce protocole sera validé par la Direction de l'EHPAD et par le médecin coordonnateur.

B) Algorithme



Cette présentation a l'avantage d'être simple, concise, pratique et reproductible. A ce protocole sont annexés des formulaires et fiches techniques précisant les éléments à vérifier ou à renseigner. Ce protocole sera présenté et expliqué en réunion de formation du personnel soignant.

V) Inscrire les moyens supplémentaires humains et matériels dans le projet d'établissement

Le projet d'établissement est en cours de révision, parallèlement aux travaux d'agrandissement et de rénovation de l'EHPAD. La démarche s'inscrit dans une volonté de positionner les valeurs de Saint-Dominique et de les traduire au quotidien à travers l'ensemble des prestations mises en œuvre au sein de l'établissement. Cela induit un travail :

- de diagnostic sur les prestations actuelles,
- de réflexion sur leur adaptation à la population accompagnée,
- de capitalisation des points forts pour les perpétuer,
- mais aussi de définition d'objectifs d'amélioration et de moyens d'évaluation de ces objectifs.

Le médecin coordonnateur doit être associé au comité de pilotage chargé de cette démarche afin de demander les moyens supplémentaires, humains et matériels, qui semblent nécessaires à une qualité d'accueil et de soins des personnes âgées présentant une démence.

En terme de personnel soignant, l'attribution d'un poste d'un(e) psychologue, au moins à 0,2 ETP, est indispensable pour un établissement qui possède une unité Alzheimer de 14 lits. Un ou deux postes supplémentaires d'aides soignants sont également nécessaires.

Quant aux locaux, la création d'un PASA peut être envisagée après étude et recensement des résidents éligibles au titre du NPI-ES. Dans l'immédiat, une amélioration des structures d'animation et l'achat de matériel pour la mise en place des thérapies non médicamenteuses sont d'ores et déjà prévus.

VI) Assurer une formation consacrée à la gestion des SCPD

Le principe de base de cette formation est le suivant : tout trouble a une signification et il faut toujours rechercher le sens des comportements (Louis PLOTON : « A l'écoute d'un langage »). Le programme de formation proposé au personnel soignant se déroulera en trois séances d'environ une heure et demie, en salle de réunion, en s'appuyant sur une projection de diaporamas ou de petits films et sur la remise de fiches pratiques et d'aide-mémoires.

• Première séance : Connaître et comprendre les SCPD

- Bref rappel sur les quatre principales démences

Aide-mémoire : « *connaître les spécificités de chaque démence* »

- Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence selon la classification du NPI-ES

Aide-mémoire : « *reconnaître et différencier les différentes catégories de SCPD* »

• Deuxième séance : Evaluer les SCPD

- Projection du film réalisé au CHU de NICE par le Professeur ROBERT sur le NPI-ES

Aide-mémoire : *Livret explicatif sur le remplissage du NPI-ES*

- Remplissage par groupes de 2 ou 3 soignants d'un NPI à propos d'un cas concret de SCPD dans l'EHPAD Saint-Dominique.

- Discussion en groupe sur le cas pratique

Aide-mémoire : *fiche de remplissage du NPI-ES au format A4*

• Troisième séance : Gérer de façon optimale les SCPD

- Présentation de l'algorithme de la conduite à tenir

Aide-mémoire : *Algorithme SCPD*

- Explication des différentes étapes et règles de base

Aide-mémoire : *fiche résumé « SCPD » (Medicor)*

formulaire de transmission et de réunion hebdomadaire SCPD (voir ci-après)

fiche "Facteurs favorisants et déclenchants"

- Mise en application des interventions non pharmacologiques

Aide-mémoire : *Fiches CPAM sur les bonnes attitudes, les techniques d'animation, etc...*

Les deux premières séances ont déjà été réalisées avec la quasi-totalité du personnel du personnel soignant qui s'est déclaré très intéressé par cette formation et satisfait des informations reçues.

FICHE DE TRANSMISSION

Date:/...../.....

Nom du resident :
 Prenom:
 Ne(e) le : / / Secteur: Chambre:.....

Antecedents somatiques:

 Allergies :
 Appareillage:

Antecedents psychiatriques: oui (preciser:) non

Syndrome dementiel : oui (preciser:) non

M.M.S. :/ 30 (date:/...../.....)

A.D.L. :/ 30 (date:/...../.....)

Pathologies en cours:

Deficience visuelle :	<input type="checkbox"/> absente	<input type="checkbox"/> moderee	<input type="checkbox"/> severe
Deficience auditive :	<input type="checkbox"/> absente	<input type="checkbox"/> moderee	<input type="checkbox"/> severe
Deficience motrice :	<input type="checkbox"/> absente	<input type="checkbox"/> moderee	<input type="checkbox"/> severe

Traitement en cours:

Constantes cliniques : poids:kgs IMC:kg/m2 SaO2: %
 TA: / mmHg Pouls: / mn Temperature : °C

Constantes biologiques : ● Hematies :...../mm3 ● Leucocytes : /mm3
 ● Hb : g/100ml ● Creatinine : mg/l ● MDRD : ml/mn
 ● Uree :g/l ● Protidemie : g/l ● CRP : mg/l
 ● Dextro : g/l ● Na : mEq/l ● K : mEq/l
 ● Bandelette urinaire (leucocytes nitrites sang glucose)
 ● ● ●

FICHE SCPD

Date:/...../.....

Observateur: Nom: Prenom: Fonction:

Lieu : Horaire ::

Description du trouble :

Urgence : oui (Action = appel SAMU appel mØdecin) non

Apparition recente du trouble :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Apparition brutale du trouble :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Declin cognitif rapide :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Perte rapide d'autonomie :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Inversion recente rythme nyctemeral :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Alteration recente attention/vigilance :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

● Si au moins 1 oui, rechercher : douleur pb somatique iatrogenie

● Si aucun oui, rechercher antecedents psychiatriques :

si oui = avis specialise si non = SCPD

Evenements precurseurs/declenchants :

NPI
- ES

Equipe de notation : 1)
2) 3)

Date:/...../.....

Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

Score total 10

Changements neurovégétatifs

Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

Score total 12

CONCLUSION

En raison du vieillissement de la population à l'échelle mondiale, on assiste à une augmentation significative du nombre total de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences irréversibles.

Les démences se caractérisent par une altération progressive des fonctions cognitives, fréquemment associée aux symptômes comportementaux et psychiatriques de la démence (SCPD) tels que psychose, hyperactivité, troubles affectifs, apathie ou symptômes végétatifs.

Les SCPD font partie intégrante du processus morbide et constituent un problème majeur pour les résidents, leur entourage et le personnel soignant en EHPAD.

La prévention des troubles psychologiques et comportementaux repose sur une prise en charge adaptée à chaque personne dans le cadre du projet de soins et de vie personnalisé, et sur des mesures générales entrant dans le cadre du projet d'établissement (formation et soutien des professionnels, environnement adapté, information et accompagnement des proches).

L'un des rôles du médecin coordonnateur est le soutien et la formation des professionnels. Ceux-ci doivent connaître les troubles du comportement, leurs diverses manifestations, leurs facteurs de risque et les circonstances susceptibles de les déclencher. Ils doivent appréhender les difficultés d'adaptation de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et le risque de situation de crise. Le personnel doit être formé à des principes spécifiques d'aide, de bienveillance dans les soins, mais aussi de résolution de situations difficiles. Il faut développer la formation aux techniques de relation au résident, en particulier lors de certaines actions qui peuvent être l'occasion de troubles du comportement : actes de la vie quotidienne intime tels que repas, toilette, habillage. Ces techniques ont pour buts d'augmenter le sentiment d'efficacité, de limiter les risques de détresse et d'épuisement, d'éviter des attitudes qui pourraient être inadéquates et générer d'autres troubles.

Lorsque survient le trouble psycho-comportemental, le personnel soignant se dit souvent désemparé. Il doit pouvoir s'appuyer sur un protocole de prise en charge simplifié qui lui aura été présenté et explicité au préalable. Ce protocole représente un fil conducteur pour le soignant et lui permet d'analyser le SCPD dans toutes ses dimensions, d'en mesurer l'éventuelle dangerosité, d'en rechercher les causes immédiatement curables et de préparer au mieux la prise en soins de ce trouble.

L'évaluation dans un second temps de la fréquence, de la gravité et du retentissement du trouble psycho-comportemental doit se faire en équipe, par l'inventaire neuropsychiatrique dans sa version ES afin d'adapter l'environnement du résident à la sévérité de ses symptômes.

Toutes les études montrent que la prise en charge des SCPD par un personnel formé à la bienveillance, mettant en place des mesures adéquates, non médicamenteuses, donne de bons résultats et dans des délais rapides en terme d'efficacité thérapeutique et de qualité de vie des résidents, par comparaison avec d'autres types d'interventions en particulier médicamenteuses.

Ainsi, améliorer et valoriser le comportement du soignant améliore et apaise celui du résident

Bibliographie

- Benois M-F, et collaborateurs. (2008) Doc Gérontologie : Alzheimer et autres démences. Revigny-sur-Ornain : doc édition.
- Benoit M, Arbus, Blanchard F, Camus V, Ceerase V, Clément J-P, Frémont P, Guérin O, Hazif-Thomas C, Jeanblanc F, Lafont C, Moreaud O, Pédra M, Poncet M, Richar-Harston S, Rigaud A-S, Soto-Martin M-E, Touchon, J, Vellas B, Fitten L-J, Robert P. Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences. La Revue de Gériatrie, Tome 31, N°9 NOVEMBRE 2006, pp 689- 96.
- Cohen-Mansfield J, Deutsch LH. Agitation: Subtypes and Their Mechanisms. Semin Clin Neuropsychiatry 1996 Oct;1(4):325-339.
- Devanand DP. The interrelations between psychosis, behavioral disturbance, and depression in Alzheimer disease. Alzheimer Dis Assoc Disord 1999 Nov;13 Suppl 2:S3-8.
- Geneau D. Comportements d'agitation pathologique. Conférence. Colloque du 2 octobre 2001. Maison de retraite de Beaumont-de-Lomagne (France).
- Gineste Y, Marescotti R "Capture et rebouclage sensoriel dans la gestion des comportements perturbés des résidents âgés déments lors des soins de base" Géront'on-line), n° 6, juin 2001. Production Yves Gineste et Rosette Marescotti, CEC.87220 Eyjeaux- France.
- Gineste Y., Pellissier J. (2007) Humanité : comprendre la vieillesse et prendre soins des Hommes vieux. Paris : Armand Colin.
- Kunik ME, Huffman JC, Bharani N, Hillman SL, Molinari VA, Orengo CA. Behavioral disturbances in geropsychiatric inpatients across dementia types. J Geriatr Psychiatry Neurol 2000 Spring;13(1):49-52
- Lebert F. La gestion des troubles psycho-comportementaux. La Revue de Gériatrie. Tome 30, supplément A au n°4, avril 2005, A-29 – A-36.
- Léger JM, Ouango JG. Agitation et agressivité du sujet âgé : signes de souffrance, marqueurs d'inadaptation au milieu. La Revue de Gériatrie, Tome 26, N°2 février 2001.
- Micas M, Ousset PJ, Vellas B. Évaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle de Cohen-Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997 : 151-157.
- Mottin Elodie. L'intervention psychomotrice dans la prise en soin des troubles du comportement perturbateurs de la démence. Université Paul Sabatier.Faculté de médecine Toulouse Rangueil. Juin 2011
- Noblet-Dick M, Kiesmann M, Kaltenbach G, Lang PO, Akkuzu H, Martin- Hunyadi C, Berthel M. Evaluation par l'inventaire Neuropsychiatrique (NPI) des symptômes comportementaux et psychologiques aux différents stades de la maladie d'Alzheimer. Revue de Gériatrie 2004;29:605-612
- Ohnen S.H. Troubles psychocomportementaux du sujet âgé. Aspects cliniques. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie. Année 2 -Juillet-Août 2002.
- Pasquier F. 2002. Troubles du comportement, prospective. In "Les nouveaux défis de la maladie d'Alzheimer", Editions Médigone, 2002, pp 204-6.
- Pelissier J. (2010) Ces troubles qui nous troublent : Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels. Paris : Éditions Eres.
- PochB, Cinq-Fraix S. Comportement perturbateur ou Comportement perturbé ? La relation avec le dément. La Revue de Gériatrie, Supplément C au Tome 28, n°7, septembre 2003.
- Pradines B. Symptômes psycho-comportementaux au cours des démences chez la personne âgée (SPCD) Site web : [50](http://users.aol.com/Dgeriatrie/Pradines V. Pradines B. L'agitation chez le dément non verbalisant : penser à la douleur. Résumé en français : Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement. Numéro 2, volume 4, 271-4, décembre 2004, Synthèse.</div><div data-bbox=)

- Pradines V, Pradines B, Poli P, Manteau R. Evaluation de la douleur chez le sujet âgé dément non verbalisant. Santé Mentale n°99. Juin 2005, pp 70-75.
- Rawlings Joe Newsom , M.D., and Verma Sumer , M.D., M.B. Guidelines for Management of Behavioral Disturbances. Geriatric Times July/August 2001 Vol. II Issue 4.
- Robert P. (2008) Évaluation des symptômes psychologiques et comportementaux In L. Hugonot-Diener, E. Barbeau, B. Michel, C. Thomas-Antérion, P. Robert (Eds), Grémoire: tests et échelle de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés (pp. 247-298). Marseille : Solal Editeur.
- Robert P-H. Deudon A. et al.(2009) Prise en charge non pharmacologique des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer. Annales Médico-Psychologiques, n°167, 215-218.
- Sisco.F., Taurel.M., Lafont.V., Bertogliati.C., Baudu.C., Giordana.J.Y., Braccini.T., Robert.P.H. Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes, L'Année Gerontologique, 14 ; 151-171, 2000.
- Tanguay A. (2009) Démence, traitement comportemental, environnemental et pharmacologique In A. Tanguay (Ed), Alzheimer et diagnostic différentiels-évaluation et traitement-Manuel Didactique destiné au personnel soignant. (pp. 119-183). Montréal : Editions Nouvelles AMS.
- Tessier N. (2001) Des personnes âgées et des pratiques. In JM Albaret. et E. Aubert (Eds), Vieillesse et psychomotricité (pp. 231-243). Marseille : Solal Editeur.

Sites INTERNET

- Publication de la Haute Autorité de Santé téléchargeables en ligne : <http://www.has-sante.fr/>
 - ✓ Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : interventions médicamenteuses et non médicamenteuses - Synthèses des recommandations professionnelles - Mars 2008.
 - ✓ Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Argumentaire - Mai 2009 - Services des bonnes pratiques professionnelles.
 - ✓ Confusion aiguë chez la personne âgée :Prise en charge initiale de l'agitation – Mai 2009
- Direction Générale de l'action sociale : <http://www.solidarite.gouv.fr/champ-social,899/direction-generale-de-l-action,1871/>
 - ✓ - Pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Quelques recommandations - Octobre 2007 - (Société Française de Gériatrie et Gerontologie).
 - ✓ - Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement.
- Plan Alzheimer 2008/2012 : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>
 - ✓ - Mesure 16 : Création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les résidents souffrant de troubles comportementaux.
 - ✓ - Mesure 20 : Un plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer.
 - ✓ - Mesure 22 : Développement de la recherche clinique sur la maladie d'Alzheimer et amélioration de l'évaluation des thérapies non-médicamenteuses.
- IPA (Association Internationale de Psychogériatrie) : Programme de formation sur les SCPD - Différents modules disponibles en lignes : <http://www.ipa-online.org>