

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

**Maladie d'Alzheimer et maladies
apparentées : prise en charge des
troubles du comportement
perturbateurs**

ARGUMENTAIRE

Mai 2009

(document rendu public avant corrections orthographiques et syntaxiques)

Les recommandations et synthèse des recommandations sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations6

Méthode de travail7

1 Méthode recommandations pour la pratique clinique7

2 Gestion des conflits d'intérêts10

3 Recherche documentaire.....10

3.1 Source d'informations.....10

3.1.1 Bases de données bibliographiques automatisées10

3.1.2 Autres sources.....10

3.2 Stratégie de recherche10

Argumentaire12

1 Introduction12

1.1 Contexte12

1.2 Thème12

1.3 Objectif12

1.4 Patients concernés.....12

1.5 Professionnels concernés12

1.6 Gradation des recommandations13

2 Définition et description des symptômes, avec propositions d'outils d'identification/d'évaluation des troubles du comportement adaptés à chaque type de professionnels concernés (médecins, cadres de santé, etc.).....13

2.1 Introduction – Définition générale13

2.2 Place par rapport aux autres symptômes de la démence.....13

2.3 Sources d'information.....14

2.4 Types de symptômes (à l'exclusion des symptômes de retrait et déficitaires)15

2.5 Outils de repérage et modalités de mesure18

2.6 Évolution et retentissement des symptômes.....21

2.7 Schéma d'évaluation des troubles et de préparation de la prise en charge22

3 Enquête étiologique, avec recherche de causes cliniques et écologiques. Quels professionnels recueillent quelles informations et les transmettent à quels professionnels ?.....22

3.1 Causes somatiques.....23

3.2 Causes psychiatriques23

3.3 Facteurs précipitants23

3.4 Facteurs prédisposants23

3.4.1 Facteurs biologiques23

3.4.2 Facteurs cognitifs24

3.4.3 Facteurs somatiques24

3.4.4 Facteurs d'autonomie24

3.4.5 Facteurs de personnalité24

3.4.6 Facteurs relationnels25

3.4.7 Facteurs d'environnement25

3.5 Recueil et transmission des informations.....25

3.5.1 À domicile26

3.5.2 En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)26

4	Prévention des troubles du comportement et mesures à mettre en œuvre (formation, information, actions d'équipe, aide aux aidants, environnement, organisation de la prise en charge)	28
4.1	Soutien et information aux aidants	28
4.2	Soutien et formation des professionnels	30
4.3	Un environnement adapté au patient	31
4.4	La gestion dans les situations à risque	32
4.5	La formation aux recommandations de prise en charge de la démence et leur mise en pratique	33
5	Interventions non médicamenteuses à visée individuelle, immédiates et retardées. Gestion des situations aiguës et difficiles ou de crise	33
5.1	Actions de formation des aidants et des professionnels à la gestion d'un trouble du comportement	34
5.2	Les thérapies non médicamenteuses	35
5.2.1	Interventions basées sur la cognition	35
5.2.2	Interventions psycho-sociales	36
5.2.3	Interventions corporelles et basées sur l'activité motrice	37
5.2.4	Interventions basées sur une stimulation sensorielle	37
5.2.5	Prise en charge globale	38
5.3	Place d'un avis spécialisé	38
5.4	Place de la contention physique	38
5.5	Place de l'hospitalisation	39
5.6	Place de l'institutionnalisation	40
6	Interventions médicamenteuses. État des lieux. Rapport bénéfice/risque	40
6.1	Médicaments ayant une indication spécifique pour le traitement de la maladie d'Alzheimer (MA)	42
6.1.1	Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IACHÉ)	42
6.1.2	La mémantine	43
6.2	Les médicaments psychotropes	44
6.2.1	Les antidépresseurs	44
6.2.2	Les antipsychotiques	45
6.2.3	Les anxiolytiques	47
6.2.4	Les hypnotiques	48
6.2.5	Les thymorégulateurs	48
	Annexe 1. Méta-analyses et revues identifiées	49
	Annexe 2. Recommandations professionnelles : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées - HAS. Mars 2008.(2) Partie concernant les SPCD	56
	Annexe 3. Inventaire Neuropsychiatrique – NPI	58
	Annexe 4. Inventaire Neuropsychiatrique – Réduit (NPI– R)	69
	Annexe 5. Inventaire Neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)	72
	Annexe 6. Fiches de savoir-être et de savoir-faire pour éviter les troubles du comportement dans les moments forts de la journée (CHU de Nice – FFAMCO) (initiative de la Direction Générale de la Santé)	76
	Annexe 7. Fiches « A FAIRE » et « NE PAS FAIRE » en cas de troubles du comportement (CHU de Nice – FFAMCO), (initiative de la Direction Générale de la Santé)	77

Annexe 8. Traitement en cas d’urgence. Recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006 (140)79

Annexe 9. Recommandations françaises groupe Théma* d'après Benoit *et al*/2005 (141) 81

Références bibliographiques82

Participants.....91

Abréviations

En vue de faciliter la lecture du texte, les abréviations et acronymes utilisés sont explicités ci-dessous (tableau 1).

Tableau 1. Abréviations les plus courantes	
Abréviation	Libellé
MA	Maladie d’Alzheimer
SPCD	Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence
NPI	Inventaire neuropsychiatrique (<i>Neuropsychiatric Inventory</i>)
EHPAD	Etablissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
ADL	Echelle d’activités de la vie quotidienne (<i>Activities of Daily Living</i>)
IADL	Echelle d’activités instrumentales de la vie quotidienne (<i>Instrumental Activities of Daily Living</i>)
IACHe	Inhibiteurs de l’acétylcholinestérase
AMM	Autorisation de mise sur le marché
IMAO	Inhibiteurs de la monoamine oxydase
OR	Odd Ratio (# Risque Relatif)
AVC	Accident vasculaire cérébral
AIT	Accident ischémique transitoire
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

Méthode de travail

1 Méthode recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

1.1 Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

1.2 Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

1.3 Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

1.4 Rédaction de la première version des recommandations

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

1.5 Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité de validation des recommandations au sein de la HAS.

1.6 Version finale des recommandations

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le comité de validation des recommandations. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. Le comité rend son avis au Collège de la HAS.

1.7 Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition du comité de validation des recommandations, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

1.8 Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

1.9 Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non

identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

1.10 Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (tableau 2).

Tableau 2. Gradation des recommandations	
Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none">• Essais comparatifs randomisés de forte puissance• Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés• Analyse de décision basée sur des études bien menées	<p>A</p> <p>Preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none">• Essais comparatifs randomisés de faible puissance• Études comparatives non randomisées bien menées• Études de cohorte	<p>B</p> <p>Présomption scientifique</p>
<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none">• Études cas-témoins	
<p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none">• Études comparatives comportant des biais importants• Études rétrospectives• Séries de cas	<p>C</p> <p>Faible niveau de preuve</p>

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

2 Gestion des conflits d'intérêts

Les membres du comité d'organisation et du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts.

3 Recherche documentaire

3.1 Source d'informations

3.1.1 Bases de données bibliographiques automatisées

- Medline (*National Library of Medicine*, États-Unis)
- *Cochrane Library* (Grande-Bretagne),
- Pascal
- Base de données CLEIRPPA (FNG) Fédération nationale de gériatrie
- GERMAIN Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- *National Guideline Clearinghouse* (États-Unis)
- *HTA Database (International Network Of Agencies For Health Technology Assessment - INAHTA)*

3.1.2 Autres sources

Sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
Bibliographie des articles et documents sélectionnés ;

3.2 Stratégie de recherche

Une présentation synthétique sous forme de tableau reprend les étapes successives et souligne les résultats en terme de :

- nombre total de références obtenues ;
- nombre d'articles analysés ;
- nombre d'articles cités dans la bibliographie finale.

Tableau 3. Stratégie de recherche documentaire

Stratégie de recherche documentaire		
Type d'étude/sujet	Période de recherche	Nombre de références
Termes utilisés		
Recommandations	Période	Nombres de références
Étape 1	1998-mars2009	
("Psychomotor Agitation"[Mesh] OR "Delirium"[Mesh] OR "Confusion"[Mesh] OR "Sleep"[Mesh] OR "Aggression"[Mesh] OR "Psychotic Disorders"[Mesh] OR "Delirium"[Mesh] OR "walking"[Mesh] OR Agitation [Title] OR Agitated [Title] OR Delirium [Title] OR Confusion [Title] OR Aggression [Title] OR Aggressiveness [Title] OR Wandering [Title] OR Sleep [Title] Or Psychosis [Title] OR Behaviour OR Behavioural OR Neuropsychiatric [Title]) AND ("Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR Older [Title] OR Elderly [Title] OR Aged [Title]) And ("Dementia"[Mesh] OR "Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive Disorders"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] OR Dementia [Title] OR Alzheimer [Title] OR Dement [Title])		

Maladie d’Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs

ET		
Étape 2	<i>Guidelines [Title] OR Recommend* [Title] OR Guidelines as Top OR Practice Guidelines as Topic OR Guideline OR standards C Consensus Development Conferences as Topic OR Consensus Development Conferences, NIH as Topic OR Consensus Development Conference, NIH OR Consensus Development Conference OR Consensus conference OR Consensus stateme</i>	109 refs
Méta analyses, revues de littérature		2003-mars2009
Étape 1		
ET		
Étape 3	<i>Meta-Analysis as Topic OR Meta-Analysis OR Review Literature Topic OR Review Literature OR systematic review OR Quantitat review</i>	27 refs
Essais contrôlés randomisés		2003-mars2009
Étape 1		
ET		
Étape 4	<i>Drug therapy Or Therapy Or Rehabilitation AND Random Allocation OR Randomized Controlled Trials as Topic Randomized Controlled Trial</i>	276 refs
Initiatives non médicamenteuses		1998-mars2009
Étape 1		
ET		
Étape 5	<i>"Baths"[Mesh] OR "Activities of Daily Living"[Mesh] OR "Feeding Behavior"[Mesh] OR "Feeding Methods"[Mesh] Or "Attitude of Health Personnel"[Mesh] or Geriatric Nursing"[Mesh] OR "Caregivers"[Mesh] OR "Patient-Centered Care"[Mesh] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Professional-Patient Relations"[Mesh] or feed* Or bath OR social care</i>	206refs

Littérature française	2003-mars 2009	53 refs
Nombre total de références obtenues tout type de documents confondus		670 refs
Nombre total d’articles analysés		195 refs
Nombre d’articles cités		141 refs

Une veille documentaire été effectuée sur le sujet sur la base de données *Medline* jusqu’en mai 2009

Argumentaire

1 Introduction

1.1 Contexte

L'élaboration de ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBP) s'intègre dans la mesure 15 du Plan Alzheimer 2008-2012 et également dans le programme 2007-2010 de la Haute Autorité de Santé (HAS) « Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées » (Psycho SA).

Au sein de la mesure 15 du Plan Alzheimer, dont la HAS est pilote, ces RBP répondent à la sous-mesure « Élaboration de recommandations de pratique clinique sur les modalités de sédation des troubles du comportement dans les situations difficiles, et sur la prise en charge des troubles du comportement ». Des RBP sur le thème « Confusion aiguë chez les personnes âgées : prise en charge initiale, place et modalités du traitement médicamenteux de l'agitation » ont également été produites par la HAS dans ce contexte. Ces recommandations complètent celles sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées précédemment publiées (2).

1.2 Thème

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles portent sur la prise en charge des troubles du comportement jugés par l'entourage comme dérangeants, perturbateurs, dangereux, que ce soit pour le patient ou pour autrui. Sont inclus dans ce travail les symptômes psychotiques et comportements perturbateurs définis au chapitre 2.

Les signes de retrait (apathie, dépression) ont été considérés comme hors-thème et ne sont pas traités dans ces recommandations.

1.3 Objectif

Les objectifs de ces RBP et de leur mise en œuvre quel que soit le lieu de vie du patient sont :

- d'homogénéiser les pratiques en termes de diagnostic, de prévention et de traitement des troubles du comportement perturbateurs ;
- de promouvoir les techniques de soins non médicamenteuses ;
- d'éviter les prescriptions inappropriées, systématiques ou prolongées de psychotropes, en particulier de sédatifs et de neuroleptiques.

1.4 Patients concernés

Sont concernés les patients ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée présentant des troubles du comportement jugés par l'entourage comme dérangeants, perturbateurs, dangereux, que ce soit pour le patient ou pour son entourage.

1.5 Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, et médico-sociaux ou tout autre acteur susceptible d'intervenir auprès des patients à leur domicile ou en établissement.

1.6 Gradation des recommandations

Les données de la littérature identifiée dans le cadre de ce travail n'ont pas permis d'établir de niveaux de preuve pour les recommandations. En conséquence, toutes les recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après avis du groupe de lecture.

2 Définition et description des symptômes, avec propositions d'outils d'identification/d'évaluation des troubles du comportement adaptés à chaque type de professionnels concernés (médecins, cadres de santé, etc.)

2.1 Introduction – Définition générale

Plus récemment, tenant compte des facteurs neurologiques qui les sous-tendent, le terme de « symptômes neuropsychiatriques » est parfois employé pour regrouper les mêmes symptômes.

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBP) portent sur des comportements qui ne sont pas de retrait. Ces comportements peuvent être dérangeants, perturbateurs, dangereux pour autrui, ces critères étant jugés par l'entourage du patient. Le terme de « comportements qui posent problème » (*behavior that challenges*) est aussi employé dans la littérature. Ils occasionnent le plus souvent une rupture franche par rapport au fonctionnement antérieur du patient, bien qu'ils puissent être longtemps ignorés ou négligés. Dans la littérature en langue anglaise, le terme de « *disruptive behavior* » englobe ces troubles.

2.2 Place par rapport aux autres symptômes de la démence

La place des troubles du comportement par rapport aux troubles cognitifs et neurologiques de la démence est actuellement mieux connue. A l'initiative de l'*International Psychogeriatric Association* (1) ils ont reçu le nom de symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD). Néanmoins, les distinctions entre cognition, pensée, humeur et comportement sont floues, même si chacun de ces concepts a des définitions admises. Le terme de comportement renvoie à « l'ensemble des réactions, observables objectivement, d'un organisme qui agit en réponse à une stimulation venue de son milieu intérieur ou de son milieu extérieur ». Le terme de trouble du comportement suppose une réaction inadaptée ou inattendue à une stimulation, mais cette définition ne prend pas en compte les comportements spontanés, non réactionnels. La cognition est définie comme l'ensemble des fonctions par lesquelles l'individu perçoit les informations de son environnement et les utilise pour interagir avec lui. La notion d'interaction met l'accent sur les comportements que le sujet est capable de mettre en œuvre par sa cognition. L'expérience clinique montre que certains comportements peuvent être une forme d'expression directe de troubles cognitifs. Ce ne sont pas des symptômes annexes des troubles cognitifs, mais des manifestations typiques des démences pouvant être des signes d'alerte dans l'évolution, et qui peuvent avoir des conséquences spécifiques sur l'adaptation et le pronostic fonctionnel.

Il s'agit de symptômes différents dans leur nature mais qui ont des caractéristiques communes (1) :

- ils sont fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences ;
- ils sont souvent fluctuants en intensité ou épisodiques ;

- ils sont interdépendants, souvent associés, et ont des liens cliniques avec les troubles cognitifs (orientation, mémoire, attention, concentration, etc.). Ces liens que ces symptômes ont entre eux et avec les déficits cognitifs doivent être recherchés ;
- ils peuvent s'exprimer par des signes d'alerte qui doivent être reconnus ;
- ils peuvent avoir des conséquences importantes sur l'adaptation des patients à leur environnement ou leur entourage, sur la prise en charge et sur le pronostic fonctionnel de la démence.

À titre d'exemple, la survenue d'un délire ou d'hallucinations :

- peut être favorisée par des troubles de la mémoire, de la reconnaissance des lieux et des personnes, par une confusion surajoutée ;
- les conséquences de ces symptômes sont variables : par ex. un état d'angoisse, des cris, une agitation, une tendance à fuir, une opposition à la prise en charge, une mauvaise interprétation des attitudes soignantes ;
- les attitudes du patient peuvent être mal interprétées par les aidants et les professionnels et peuvent favoriser chez eux de l'incompréhension, de la détresse, des attitudes mal adaptées ;
- les attitudes des aidants peuvent en retour être incomprises par le patient, ce qui peut générer d'autres troubles du comportement.

2.3 Sources d'information

Comme le préconisent les recommandations professionnelles de la HAS sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (2), il est toujours recommandé dans l'évaluation d'effectuer un entretien avec le patient et d'observer son comportement. Les observations des patients par eux-mêmes sont indispensables pour recueillir les signes psychologiques, mais leur propre appréciation de leur comportement peut être trop subjective pour être suffisamment fiable. Elles permettent d'apprécier le degré de conscience du patient par rapport à ses symptômes. L'observation des patients entre eux en institution est aussi une source d'informations qui ne doit pas être négligée.

Il existe d'autres sources de renseignements qui ne peuvent remplacer l'examen direct du patient et l'entretien avec lui : ce n'est qu'à partir de la synthèse de l'ensemble de ces informations que peut se construire une démarche diagnostique et thérapeutique adéquate.

Les sources de renseignements sont complémentaires et proviennent en priorité des aidants naturels ou familiaux, des professionnels (soignants, auxiliaires de vie, travailleurs sociaux, etc.). Cette liste de sources d'information n'est pas exhaustive.

Les aidants naturels et familiaux connaissent bien le patient et partagent le plus de temps avec lui, dans des contextes très variés, et notamment à domicile :

- ils sont bien placés pour recueillir de telles données et doivent être interrogés autant que possible ;
- il faut savoir que les informations qu'ils fournissent peuvent être aussi très influencées par leur humeur, leur aptitude à observer, leur niveau d'instruction, la qualité des relations qu'ils ont avec le patient.

Les informations données par des soignants et d'autres professionnels sont très importantes. Elles ont l'avantage de provenir de personnes qui sont (ou devraient être) formées à l'évaluation de ces symptômes. Les professionnels peuvent aussi donner des renseignements avec des outils d'évaluation (grilles, questionnaires, échelles) qui sont utilisés pour des patients qui résident en établissement, mais dont certains peuvent être utilisés chez les patients ambulatoires.

L'observation médicale directe des patients est toujours recommandée à divers moments de la prise en charge, parce qu'elle permet une évaluation souvent plus complète de l'état de santé du patient par des personnes formées à l'évaluation clinique. Il faut tenir compte du

fait commun que l'évaluation médicale est réalisée sur une période limitée. Elle doit tenir compte des informations fournies par les aidants et les professionnels.

2.4 Types de symptômes (à l'exclusion des symptômes de retrait et déficitaires)

Ce sont souvent des signes d'alerte qui doivent faire rechercher ces symptômes : il peut s'agir d'une situation de conflit entre des personnes, de paroles inhabituelles, d'une attitude singulière chez le patient, d'un non respect de consignes, d'une plainte spontanée de sa part, de l'entourage ou d'autres patients. Ces signes, qui peuvent être observés et rapportés par des aidants ou des professionnels de formations très diverses, peuvent correspondre à des symptômes cliniques qu'il faut identifier.

Étant donné la fréquence importante des troubles psychologiques et comportementaux au cours de la démence, ils doivent être aussi recherchés de principe, sans attendre la survenue de signes d'alerte.

La prise en charge des troubles du comportement lors de la démence nécessite la reconnaissance précise de leur nature, de leurs mécanismes, et des attitudes les plus adaptées des aidants et des professionnels pour les réduire et diminuer leurs conséquences.

Le classement des symptômes peut être fait selon le type d'expression, selon le retentissement sur l'adaptation, selon les perturbations pour l'entourage, selon le degré de dangerosité. Il n'y a pas de consensus pour une classification donnée, car le regroupement des symptômes entre eux est soumis à des facteurs extérieurs au patient : subjectivité, expérience clinique, degré d'adaptation de l'entourage du patient.

Les symptômes peuvent être repérés isolément, sachant qu'il n'en existe pas de définition univoque, ce qui est source de mauvaise communication. Aussi, il est recommandé d'utiliser un inventaire comme le NPI pour rechercher et évaluer les symptômes qui sont les plus fréquents.

Le terme générique de « comportements agités » est parfois utilisé dans la littérature, pouvant regrouper opposition, agressivité, anxiété et phobies avec manifestations comportementales, troubles du rythme circadien, déambulations ou comportement moteur inapproprié, cris, désinhibition motrice.

Le terme de symptômes psychotiques, en référence aux symptômes observés lors des psychoses, peut regrouper: délire, hallucinations, troubles de l'identification, manie. L'appellation « psychotique » ne préjuge pas du mécanisme physiopathologique en cause.

L'opposition correspond au refus de la part du patient, des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de respecter les règles sociales, de coopérer. Elle est parfois interprétée à tort comme de l'agressivité ou un désir de nuire, mais elle peut avoir des raisons très variées.

L'agitation est une activité verbale, vocale ou motrice inappropriée, ne résultant pas selon un observateur extérieur d'un besoin ou d'un état de confusion. Elle peut être verbale (cris, verbalisations stéréotypées) ou physique (activités excessives, inappropriées ou sans objectif précis).

L'agressivité, peut être physique ou verbale, et est un comportement qui est perçu par l'entourage du patient comme violent envers les personnes ou les objets. Elle est souvent assimilée à une menace ou un danger pour l'environnement ou le patient lui-même. L'agressivité peut être la conséquence de l'agitation, mais peut être indépendante.

Les comportements de déambulation inadaptée (*wandering*) sont parfois assimilés à de l'agitation. Il peut s'agir de vérification, poursuite incessante, activité répétitive ou excessive, déambulation sans but apparent ou dans un but inapproprié, déambulation nocturne, errance, nécessité d'être reconduit au domicile. Ils concerneraient plus souvent des hommes peu âgés, ayant un déficit cognitif important, et ayant également des troubles du sommeil (3)

La désinhibition correspond à un comportement impulsif et inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales au moment où ce comportement est observé. Ceci peut se manifester par une tendance à la distraction, à l'instabilité des émotions, à des comportements inadaptés ou sans retenue : errance, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant, agressivité envers soi-même ou autrui.

Les cris ou les comportements vocaux inadaptés (hurlements, plaintes vocales, demandes répétitives, etc.) sont des verbalisations compréhensibles ou non, fortement perturbantes pour l'entourage et tout particulièrement en institution. Ils sont le plus souvent l'expression d'une détresse psychologique, d'un inconfort, de demandes d'attention, et sont plus fréquents en cas de démence sévère avec un haut degré de dépendance (4).

Les symptômes psychotiques regroupent les idées délirantes et les hallucinations.

Les idées délirantes (*delusion*) sont des perceptions ou des jugements erronés de la réalité par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont le vol, le préjudice, la non-identification du domicile ou d'un membre très proche de la famille (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie. Le sentiment d'être abandonné, rejeté est fréquent en institution. Le délire peut être en relation avec des hallucinations sensorielles. Le caractère délirant du symptôme est lié au fait que le patient a la conviction que ces éléments irréels qu'il rapporte sont vrais.

Les hallucinations sont des perceptions sensorielles sans objet réel, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. L'ensemble des modalités sensorielles peut être affecté.

Certains comportements sont complexes et peuvent être rattachés à d'autres comportements qu'il faut préciser. Il peut s'agir :

- de comportements dits « anxieux » ;
- d'attitudes d'agrippement à des personnes ou à des objets ;
- de comportements stéréotypés, répétitifs.

Il est utile pour des raisons pratiques de regrouper ces symptômes en sous-groupes syndromiques (troubles affectifs et émotionnels, psychotiques, du comportement, de fonctions élémentaires) pour des raisons diagnostiques et thérapeutiques pratiques. Ce regroupement a été réalisé de deux façons :

- un regroupement des symptômes concourant à un même syndrome connu (dépression, trouble anxieux, trouble psychotique). Cette méthode pratique basée sur l'expérience clinique et les critères nosographiques usuels (CIM-10, DSM IV) permet d'intégrer ces symptômes dans des syndromes cliniques faisant partie d'autres pathologies (par exemple troubles de l'humeur, psychoses de l'adulte, troubles anxieux, etc.) dont on connaît les modalités thérapeutiques et évolutives. Elle a le défaut d'appliquer au cadre de la démence une nosographie psychiatrique qui ne lui est pas spécifique ;
- un regroupement en facteurs après une analyse statistique en composante principale, permettant selon les cas de mettre en évidence les principaux sous-syndromes intervenant dans la majorité de la variance. Cette analyse sur des groupes de patients est du domaine de la recherche, mais beaucoup d'études de cohorte font un regroupement de ce type. Bien qu'il y a des différences entre les études de cohorte ayant fait ces analyses, il y a une bonne concordance entre elles pour mettre en évidence au moins trois facteurs : humeur/apathie, psychose, hyperactivité(5-8) Prévalence et modalités évolutives

Leur survenue est souvent inopinée et peu prévisible, ils sont variables dans le temps, et sont fréquemment associés entre eux. S'agissant de comportements humains, leur repérage est soumis à la subjectivité du patient mais aussi des aidants et des soignants. Les troubles du comportement chez une personne âgée peuvent apparaître inauguraux de la démence, avant que les troubles cognitifs n'aient été explorés et documentés (9,10).

La fréquence des SPCD est très importante dès les stades de début de démence (jusqu'à 90 % des patients atteints de maladie d'Alzheimer présentent au moins un symptôme), bien qu'on note une grande variabilité inter-individuelle dans la plupart des études de cohorte (11-14). Un tiers des patients ont des symptômes d'intensité jugée sévère (9,10,13,15).

Ce sont les comportements de retrait ou déficitaires (dépression, apathie) qui sont les plus fréquents dans la maladie d'Alzheimer, de survenue souvent précoce dans l'évolution de la maladie. L'agitation, l'agressivité, les déambulations, les réactions d'opposition, les troubles psychotiques ont une fréquence d'apparition moyenne (entre 10 et 50 % selon les études) mais ont un retentissement fonctionnel important pour le patient. Leur fréquence augmente avec la sévérité de la démence. Ils sont, en général, les symptômes les plus envahissants et les plus difficiles à gérer pour les aidants et les équipes, et les plus difficiles à supporter pour les autres patients.

Tableau 4: Fréquence en pourcentage des SPCD dans des cohortes européennes				
	MAASBED MMSE 15 - 28 n = 199 (Aalten et al 2003) (6)	REAL-FR MMSE 11 – 20 n = 255 (Benoit et al 2003) (11)	REAL-FR MMSE 21 – 30 n = 244 (Benoit et al 2003) (11)	ICTUS MMSE moyen : 20.5 N=1170 (Byrne 2003)(16)
Délire	34.7	24.7	10.2	17.8
Hallucinations	13.1	7.8	5.7	9.41
Agitation	28.6	44.3	32.8	30.65
Dépression	57.3	42.7	36.9	47.7
Anxiété	39.2	46.3	44.3	39.15
Euphorie	7	9.8	4.5	7.06
Apathie	59.3	63.5	47.9	53.49
Désinhibition	12.6	13.3	10.2	12.09
Irritabilité	39.7	25	28.3	36.11
Comportement moteur aberrant	34.7	29.8	14.7	20.07
Sommeil	18.1	12.9	13.5	22.72
Appétit	24.6	24.3	20.5	21.21

L'agitation, l'agressivité, les comportements d'errance et d'opposition augmentent en fréquence avec l'évolution de la maladie, parallèlement au déclin cognitif. Les idées délirantes (34-49 %) augmentent entre les stades légers et modérés de la MA, puis leur prévalence tendrait à diminuer avec l'évolution de la maladie, mais on dispose de peu de données longitudinales suffisamment longues pour suivre l'évolution des patients aux stades sévères de la maladie (17).

La fréquence des hallucinations au cours des démences varie, selon les études, entre 12 et 49 % (1,17). Les hallucinations visuelles sont les plus fréquentes (jusqu'à 30 % des patients souffrant de démence), particulièrement au stade modéré de la MA. Elles posent le problème de leur différenciation avec les perceptions oniriques d'un état confusionnel. Dans la démence à corps de Lewy, leur fréquence peut atteindre 80 %, et elles font partie des critères diagnostiques de la maladie.

Le délire et les hallucinations sont fréquemment corrélés au déclin cognitif et fonctionnel, mais de façon plus marquée pour les hallucinations. La présence d'hallucinations a été également corrélée au risque d'institutionnalisation et de décès prématuré.

La prévalence de SPCD est variable selon le type de démence. Les symptômes psychotiques sont très fréquents dans la démence à corps de Lewy, dont ils font évoquer le diagnostic. Les comportements impulsifs et la désinhibition sont plus fréquents dans les démences fronto-temporales (18,19).

La fréquence des symptômes tend généralement à augmenter avec la sévérité du déficit cognitif, même si des pics peuvent survenir à des moments particuliers de l'évolution (13,17). Par exemple, il est fréquent que des modifications inattendues du caractère précèdent le début de la maladie ou sont inauguraux de la démence (9,10). La fréquence et l'intensité de ces symptômes est différente selon le type de démence.

Les conséquences des troubles du comportement sont connues et doivent être prises en compte dans l'évaluation :

- ces troubles sont un facteur favorisant le passage du patient en institution, indépendamment du stade de sévérité du déficit cognitif(20). Dans la cohorte française REAL-FR (Réseau français pour la maladie d'Alzheimer) qui a suivi pendant 4 ans des patients ambulatoires au moment de l'inclusion, il a été montré que les sujets qui étaient institutionnalisés après 1 an d'évolution avaient une fréquence plus élevée de trouble du comportement jugés perturbateurs à type d'agitation et de désinhibition, avec un fardeau jugé plus important par les aidants naturels (21) ;
- ils correspondent à un des facteurs influençant le plus le fardeau de l'aidant et leur propre état de santé, comme le montre une méta-analyse qui met en évidence une relation entre SPCD, charge de soins, inconfort psychologique de l'aidant (22). Une méta-analyse précédente concluait déjà à une relation entre l'existence de symptômes non cognitifs et les troubles psychologiques chez les aidants (23). La relation entre les caractéristiques des aidants et le niveau de SPCD rapporté a été étudiée (24). Sur une cohorte importante de patients, les accompagnants qui étaient plus jeunes, qui avaient un niveau d'éducation moins élevé, qui étaient plus déprimés, qui ressentaient plus le fardeau de la prise en charge, et qui passaient plus d'heures à assister le patient, rapportaient davantage de SPCD que les autres. Ce constat peut avoir des conséquences sur les mesures de prise en charge des aidants ;
- ils altèrent la qualité de vie des patients et des aidants, et alourdissent la charge économique de la maladie. On ne dispose pas d'études françaises ayant évalué précisément les conséquences financières des SPCD, en dehors de paramètres indirects de consommation de soins. La prescription médicamenteuse est un reflet de la charge de soins attribuable aux SPCD. Une mesure par les caisses d'assurance maladie en France de la prescription d'antipsychotiques en EHPAD montre que 18 % des patients atteints de démence de plus de 75 ans sont à un moment donné traités par ce type de médicament (25) ;
- ils ont une influence sur la qualité de la prise en charge, qui peut être altérée en cas de comportements difficiles à gérer ou mal connus, ce qui peut aboutir à des situations de maltraitance ou de négligence ;
- Ils peuvent favoriser la survenue d'autres complications de la démence : troubles nutritionnels, traumatismes physiques et chutes.

2.5 Outils de repérage et modalités de mesure

Les symptômes comportementaux sont plutôt identifiés par l'observation du patient, alors que les symptômes psychologiques sont mis en évidence lors de l'entretien avec le patient et ses proches. L'évaluation doit rechercher les liens entre comportement et trouble psychologique.

Il est nécessaire de rechercher l'existence de l'ensemble des symptômes psychologiques et comportementaux les plus fréquents au cours des démences. Des symptômes évidents peuvent en cacher d'autres, et des symptômes perturbateurs peuvent être aussi reliés à des symptômes de retrait, moins apparents.

Il faut repérer ces symptômes avec des outils adaptés, qui peuvent être globaux ou ciblant un troubles du comportement donné. Les outils doivent présenter les critères suivants :

- fiabilité : définition précise des symptômes adaptée à la pathologie concernée ;
- reproductibilité : stabilité inter-cotateurs ;
- applicabilité : outils adaptés en fonction des différents environnements et des différents cotateurs. Des outils ayant différentes versions en fonction du type de cotateur peuvent être plus pertinents.

L'évaluation et le bilan des symptômes doivent être adaptés au lieu où se trouve le patient : domicile, hôpital, service d'urgences, EHPAD. Les caractéristiques des patients sont en moyenne très différentes selon le lieu où ils sont : capacités cognitives et d'adaptation, état somatique, autonomie, parcours de vie. Les paramètres qui interviennent aussi dans la méthode d'évaluation sont le degré d'urgence, le temps et les outils disponibles, le degré de formation des évaluateurs (cf. tableau 5). L'enquête sur les troubles doit débiter sans attendre l'évaluation médicale.

Tableau 5. Évaluation et réflexion sur les mesures à entreprendre selon l'environnement possibles selon l'environnement			
	Ville	Hôpital	EHPAD
Moyens de signalement	Rapports de l'aidant, de l'auxiliaire de vie, de l'IDE	Rapports du personnel soignant	Rapport de l'équipe
Evaluateurs	Aidant, IDE, médecin traitant	équipe soignante, médecin	Equipe, médecin coordonnateur
Outils	NPI, NPI-R	NPI-ES, échelles spécifiques	NPI-ES
Enquête étiologique	Contexte relationnel, familial, Anamnèse	Anamnèse clinique et thérapeutique, contexte d'hospitalisation	Historique des troubles, facteurs concomitants et anamnèse, contexte d'admission
Mesures préventives	Information de l'aidant, aide à la résolution de problèmes Aménagement du cadre et de l'hygiène de vie Éloignement des facteurs précipitants ou perturbateurs	Formation des équipes Réduction des facteurs de stress et iatrogènes Changement de chambre ou de lieu de soins Réflexion sur la filière d'orientation en amont	Adaptation du cadre et du rythme de vie Réduction des facteurs de stress Formation de l'équipe à la surveillance et à la résolution de problèmes
Mesures correctrices possibles	Renforcement de l'assistance et du suivi Avis spécialisé Bilan dans unité de crise ou spécifique Alzheimer	Protocole de surveillance Avis spécialisé	Avis psychiatrique Utilisation d'unité spécifique Alzheimer

Les études cliniques ont utilisé divers instruments d'évaluation, utilisées le plus souvent en fonction de l'environnement où se trouve le patient. :

- l'outil le plus utilisé et le plus adapté à la pratique clinique est l'Inventaire Neuropsychiatrique (*Neuropsychiatric Inventory* ou NPI)(26,27). C'est un inventaire de 12 symptômes parmi les plus courants au cours de la maladie d'Alzheimer, mais aussi

d'autres démences, qui évalue leur fréquence et leur sévérité, ainsi que le fardeau ressenti par l'aidant ou le professionnel (cf annexe 3). Il existe des versions adaptées pour les aidants (NPI ou NPI réduit (NPI-R), le personnel soignant et les médecins (NPI-ES), ce qui le rend utilisable dans la plupart des environnements. Cet évaluation peut être faite isolément par les aidants, pour être discutée par la suite avec un professionnel de santé dans le cadre d'une relation de soins ;

- la BEHAVE-AD (28), (*Behavioral Pathologic Rating Scale*) recherche des symptômes plus spécifiques de la MA, symptômes différents de ceux observés dans d'autres troubles neuropsychiatriques. Elle répartit de façon pragmatique les SPCD en sept groupes : idées délirantes, hallucinations, activités inadéquates, agressivité, troubles du rythme nycthéméral, troubles affectifs, troubles anxieux. Cette échelle conduit ainsi à un regroupement empirique des différents symptômes, afin qu'il correspondent à des cadres cliniques connus ;
- l'échelle de comportement de la CERAD (CERAD, *Consortium to Establish a Registry in AD*) tient compte des symptômes tant comportementaux que psychologiques (29) ;
- l'échelle comportementale de la démence (ECD) du GRECO (30) est un outil qui a été conçu pour évaluer spécifiquement les troubles du comportement chez les déments sévères, plutôt en institutions. L'ECD a 39 items non regroupés a priori par domaines et sans entrée par une question unique comme dans la NPI. Onze domaines comportementaux ont été pris en compte dans l'ECD dans sa version initiale et les items ont été classés a priori (accord des experts entre eux) dans 11 domaines, puis reclassé après une première analyse en composantes principales sur 104 patients, en 14 domaines.

Il existe des échelles permettant de mieux apprécier les caractéristiques d'un symptôme ou d'un syndrome donné. Il est démontré que certains troubles du comportement peuvent être aussi favorisés par un état dépressif :

- l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI, *Cohen-Mansfield Agitation Inventory*) porte plus particulièrement sur des comportements tels que l'agressivité physique, les déambulations et les cris (31). Une analyse factorielle des symptômes a individualisé quatre facteurs : facteur 1 (coups, violence verbale et physique dirigée), facteur 2 (attitudes verbales et motrices répétitives), facteur 3 (plaintes, attitude négativiste), facteur 4 (cleptomanie, collectionnisme) ;
- en cas de suspicion de dépression associée, l'échelle de dépression gériatrique (GDS=*Geriatric Depression Scale*) (32). Cet auto-questionnaire recherche divers sentiments ou pensées que le patient peut avoir, et qui peuvent orienter vers un syndrome dépressif associé. Ce questionnaire est applicable dans toutes les situations où les capacités cognitives du patient lui permettent de comprendre le sens des questions posées ;
- en cas de suspicion de dépression chez les patients ayant des capacités réduites de communication, on peut utiliser l'échelle de dépression de Cornell (33) qui est adaptée aux patients ayant une démence sévère, ayant des capacités de communication limitées, notamment en institution.

Il existe des échelles conçues pour être utilisées spécifiquement par le personnel infirmier :

- la NOSIE (*Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation*)(34) évalue un ensemble de 30 comportements et leur fréquence respective. Elle permet d'établir différents sous-scores : aptitudes sociales, intérêt social, propreté individuelle, irritabilité, état psychotique, déficit intellectuel, dépression. Elle a été employée dans certains essais thérapeutiques (mémantine) ;
- la NOSGER (*Nurse's Observational Scale for Geriatric Patients*) (35) est une adaptation pour les personnes âgées et évalue 30 comportements regroupés en six dimensions : mémoire, activités instrumentales, activités de la vie quotidienne, soin personnel quotidien, humeur, comportement social, comportement perturbateur.

Ces échelles infirmières ne sont pas spécifiquement conçues pour les patients atteints de démence.

Bien que toutes ces échelles ne soient pas spécifiques des symptômes productifs de la démence, elles évaluent des comportements qui leur sont fréquemment reliés.

Il s'agit le plus souvent d'hétéro-évaluations effectuées par l'aidant principal ou par un soignant. Il est utile de recueillir si possible des auto-évaluations par le patient lui-même, ce qui permet d'avoir une appréciation du jugement qu'il porte sur ses troubles.

Le NPI est à ce jour l'outil d'hétéro-évaluation le plus employé. Il existe une version applicable à tout aidant, une version « équipe soignante » (NPI-ES) simplifiée dont les questions et les critères ont été adaptés aux situations de soins et une version réduite (NPI-R).

2.6 Évolution et retentissement des symptômes

L'expérience met en évidence deux types de situations :

- dans la première, on est interpellé par un aidant naturel ou un professionnel qui dit signale un trouble du comportement, souvent vécu comme assez perturbateur (opposition au soin, délire, agressivité, etc.) ;
- dans la seconde, c'est lors de l'entretien que le trouble est mis en évidence (interrogatoire de l'aidant ou évaluation systématique), alors que le trouble est en apparence moins urgent et moins perturbateur, mieux supporté par l'entourage.

Il est nécessaire chez un patient donné que les troubles du comportement soient repérés, évalués par des personnes différentes, en fonction de leur retentissement potentiel sur le patient, les aidants naturels, les professionnels. Certains troubles peu fréquents (errances excessives, symptômes psychotiques, agressivité) ont un retentissement majeur sur les aidants et les soignants, alors que des troubles plus fréquents (apathie, dépression, anxiété) peuvent rester longtemps sous-estimés par l'entourage. Les conséquences pour les aidants sont variables dans le temps, selon l'environnement, selon l'état de santé physique et psychologique des aidants et des professionnels. Par conséquent l'évaluation de l'impact que les SPCD ont sur eux doit être répétée dans le temps. La répercussion de chaque trouble sur les aidants doit être systématiquement mesurée, par exemple avec le score retentissement de l'Inventaire Neuropsychiatrique, évalué pour chaque symptôme ou avec l'échelle de fardeau de Zarit qui l'évalue globalement (36).

Il est constaté en pratique courante que ces évaluations pourraient avoir un impact favorable sur la santé des aidants et sur leur sentiment d'efficacité.

Pour le patient, il faut rechercher :

- l'association à d'autres symptômes psychologiques et comportementaux, et leurs influences réciproques ;
- les conséquences fonctionnelles : autonomie, adaptation à son environnement, attention à son état de santé et à sa sécurité. Les capacités physiques, cognitives et relationnelles du patient doivent être mesurées régulièrement. Les outils utilisés doivent être adaptés aux professionnels qui les utilisent : personnel infirmier, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, etc. ;
- leur retentissement psychologique : il dépend des symptômes eux-mêmes, mais aussi des réactions de l'entourage et de l'adaptation de l'environnement à ces symptômes.

Pour les aidants (naturels et professionnels), il faut évaluer :

- les conséquences psychologiques : anxiété, stress, humeur dépressive. Les aidants courent en effet un risque plus élevé de présenter des symptômes anxieux et dépressifs, retrouvés dans 14 à 47 % des cas (37) ;
- les conséquences physiques. La charge de l'aide prodiguée peut également avoir un impact sur la santé physique, en accentuant des vulnérabilités préexistantes génétiques ou acquises. La survenue de troubles du comportement chez le patient augmente en général cette vulnérabilité, et en particulier l'incidence des troubles cardiovasculaires (38,39) ;

- les conséquences sur leurs aptitudes d'aidant et professionnelles : charge de travail, désorganisation, attitudes de négligence ou de maltraitance, résignation.

2.7 Schéma d'évaluation des troubles et de préparation de la prise en charge

Une évaluation structurée et personnalisée est préconisée. Cette évaluation doit être hiérarchisée pour apporter rapidement des solutions efficaces en fonction du degré d'urgence, mais il faut comprendre que ces facteurs sont le plus souvent intriqués et doivent être examinés en totalité.

Il faut repérer par ordre de priorité :

- les facteurs d'urgence et de dangerosité ;
- les comorbidités, somatiques et psychiatriques ;
- les facteurs prédisposants.

Le schéma suivant d'évaluation est recommandé, chez un patient dont le diagnostic de démence est établi et documenté (cf. figure 1) :

- repérer les contextes à risque, liés à la personne et l'environnement, et repérer des changements de comportement pouvant être annonciateurs de SPCD ;
- examiner le patient et interroger l'entourage : identifier et mesurer les problèmes comportementaux prédominants, au besoin avec l'aide d'outils de dépistage: intensité, évolution dans le temps, association entre symptômes ;
- définir l'ancienneté du trouble, s'il est aigu ou chronique ;
- enquête étiologique : critères d'urgence (iatrogéniques, comorbidité somatique et psychiatrique), de dangerosité ou de risque fonctionnel à court terme pour le patient ou pour autrui ;
- refaire le point sur l'état cognitif global, sur les capacités d'orientation, de reconnaissance, de jugement ;
- approfondir si besoin l'évaluation clinique du trouble prédominant avec des outils spécifiques ;
- évaluer l'intensité et les retentissements du trouble en interrogeant le patient, l'aidant et/ou les soignants ;
- enquête étiologique : facteurs prédisposants (de fragilité, d'environnement, de mode de vie) ;
- facteurs précipitants ou de décompensation : événements ponctuels, problèmes relationnels, attitude inadaptée des aidants ;
- écarter une confusion, une affection intercurrente, une iatrogénie ;
- penser à la décompensation d'une pathologie psychiatrique pré-existante.

La préconisation de ces pratiques repose sur la pratique clinique, car il n'existe pas d'études valides ayant testé l'efficacité de ces méthodes d'évaluation. Elles font partie de la démarche qualité de soins, que ce soit à domicile ou en institution.

3 Enquête étiologique, avec recherche de causes cliniques et écologiques. Quels professionnels recueillent quelles informations et les transmettent à quels professionnels ?

Les SPCD ont une origine multifactorielle. Ils peuvent être déterminés par des facteurs propres à la personne (somatiques, personnalité, génétiques), à la maladie (neurobiologiques, cognitifs) et des facteurs écologiques, liés à l'environnement et à l'entourage, aux aidants et aux professionnels. Cette distinction artificielle ne doit pas faire ignorer que l'ensemble de ces facteurs sont souvent intriqués et interagissent entre eux.

Ainsi, une fragilité neurologique, des déficits sensoriels, une perte d'autonomie, une stimulation inappropriée par l'environnement (en excès ou en déficit), des demandes croissantes d'attention sont fréquemment associés.

L'enquête doit rechercher en priorité les causes somatiques et psychiatriques, les facteurs précipitants et les facteurs prédisposants.

La recherche d'une confusion, fréquente dans la démence, doit être la règle. Cette situation clinique, dont la prise en charge diagnostique et thérapeutique est spécifique, peut être à l'origine de nombreux comportements perturbateurs.

3.1 Causes somatiques

Elles sont à rechercher en premier, en raison de leur gravité potentielle, et des réponses thérapeutiques rapides qui peuvent y être souvent apportées :

- une douleur mal contrôlée, une rétention d'urine (pouvant générer un globe vésical), un fécalome, une infection, un trouble métabolique peuvent être en général facilement suspectés aux termes d'un examen somatique. Ils sont en outre générateurs de confusion mentale, dont les conséquences psychologiques, cognitives et comportementales sont nombreuses. La prise en charge de la confusion requiert une démarche spécifique ;
- une iatrogénie, fréquente chez des personnes âgées fragiles ayant fréquemment une polymédication. En particulier, les médicaments ayant une action anticholinergique, qui peuvent avoir des effets négatifs sur la conscience et les fonctions cognitives, doivent être recherchés ;
- une éventuelle intoxication ou un sevrage.

3.2 Causes psychiatriques

Les maladies psychiatriques préexistantes à la démence peuvent se décompenser en raison de facteurs propres à la démence ou à ses conséquences fonctionnelles, environnementales. L'apparition de nouveaux épisodes pathologiques psychiatriques, y compris chez des personnes n'ayant pas d'antécédents psychiatriques connus, est une éventualité fréquente qui ne doit pas être sous-estimée.

Il peut s'agir le plus souvent d'un épisode dépressif ou anxieux, qui peut se manifester par des troubles du comportement qui ne font pas penser a priori à cette cause : agitation, opposition, intolérance aux aides, troubles du sommeil, déambulations, cris, etc.

3.3 Facteurs précipitants

Il peut s'agir d'événements en apparence anodins, comme de changements de mode de vie, qui chez des personnes malades et souvent âgées, sont des facteurs de stress qui peuvent faire décompenser un état de fragilité. Ces situations de stress peuvent être liées à des changements d'organisation de la prise en charge ou du lieu de vie du patient, à des modifications de l'environnement ou des intervenants, à des situations de conflit interpersonnel, à des moments où le patient se sent contraint à une situation qu'il n'a pas choisie ou préparée.

3.4 Facteurs prédisposants

3.4.1 Facteurs biologiques

Des altérations fonctionnelles à différents niveaux des circuits neuronaux fronto-sous-corticaux ont pu être mises en évidence et sont associés à des syndromes comportementaux spécifiques (40). Des études d'imagerie cérébrale ont aussi montré que la présence de symptômes comme l'agitation et l'agressivité (41), le délire (42,43) ou l'apathie

(44,45) étaient aussi associés avec une hypoperfusion plus importante des régions frontales. Dans la maladie d'Alzheimer, mais aussi la démence à corps de Lewy, un déficit de la transmission cholinergique très prononcé est corrélé au déficit cognitif, et à certaines perturbations comportementales comme l'apathie, le délire, les hallucinations, l'agressivité et l'agitation (46-48).

3.4.2 Facteurs cognitifs

Le type de troubles cognitifs prédominants influence la survenue de troubles du comportement. Un lien est démontré entre sévérité de la démence (déficit cognitif global) et émergence de SPCD, comme les études de cohorte longitudinales le montrent (cf. tableau 4). Cette relation n'est pas identique pour tous les troubles et il y a peu d'études ayant recherché le lien entre des déficits cognitifs spécifiques et certains SPCD.

Il est recommandé de déterminer les types de troubles cognitifs les plus importants et ayant le plus de conséquences sur l'adaptation du patient à la vie quotidienne. Les troubles de l'orientation temporo-spatiale, de la reconnaissance, des capacités d'expression et de compréhension verbale s'accompagnent davantage de symptômes d'agitation, de déambulation, d'agressivité (4). La confusion est ainsi un facteur étiologique fréquemment retrouvé, et qui doit être recherchée.

La connaissance des déficits cognitifs sous-jacents est importante pour adapter au mieux l'attitude des aidants et des professionnels.

3.4.3 Facteurs somatiques

La recherche de facteurs somatiques est indispensable, dans une population de sujets âgés ayant fréquemment plusieurs pathologies concomitantes. La présence de pathologies chroniques, génératrices d'handicap, de stress ou de contraintes doit être renseignée, ainsi que les mesures thérapeutiques (dont médicamenteuses) qu'elles nécessitent.

Tout particulièrement, la douleur physique est un facteur à évaluer et à contrôler, car elle sous-tend fréquemment des SPCD, notamment les cris et verbalisations jugées inadaptées.

3.4.4 Facteurs d'autonomie

Les déficits sensoriels, notamment auditifs et visuels, sont un facteur fréquent de fragilité et de difficultés d'adaptation de la personne atteinte de démence, ayant une détérioration physique et/ou cognitive. Ils sont notamment retrouvés plus fréquemment chez les patients produisant des cris ou des gémissements, ou en cas de symptômes psychotiques (4).

La présence de handicaps physiques, pour les déplacements, pour les activités basiques de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, gestion des besoins élémentaires) doit être recherchée et leur importance doit être quantifiée. Ils sont en effet générateurs d'anxiété, de dépendance à autrui, et par conséquent de troubles psychologiques et comportementaux.

3.4.5 Facteurs de personnalité

Une influence de la personnalité antérieure est possible, comme en témoigne l'existence de signes névrotiques antérieurs en cas de symptômes dépressifs (49,50). La préexistence d'un style de vie « actif », d'une tendance à des réactions motrices aux facteurs de stress a été retrouvée plus fréquemment chez des patients ayant des comportements de déambulation ou d'agitation (3).

Il faut souligner que les facteurs environnementaux jouent un rôle déterminant dans le déclenchement de certains symptômes comportementaux en cas de démence, en particulier l'agitation (51,52), mais que l'influence de ces facteurs peut dépendre des traits de personnalité. Les capacités de l'individu à faire face (*coping*) aux événements externes sont un facteur important, mais la connaissance de ces aptitudes chez des personnes souvent âgées est faible, car peu d'études contrôlées ont porté sur cet aspect.

La connaissance des éléments du caractère et de la personnalité antérieure, des modalités antérieures de réaction à des situations stressantes ou de problèmes de santé fait partie de l'examen clinique. Ces informations peuvent être récupérées auprès de proches du patient ayant une connaissance de sa biographie, mais elles doivent être interprétées selon la qualité des relations que le patient a entretenues ou a actuellement avec ses proches.

3.4.6 Facteurs relationnels

L'attitude des aidants et des professionnels face aux troubles débutants peut jouer un rôle précipitant, réducteur ou aggravant des troubles. Il peut s'agir de l'attitude des soignants et des aidants, de leur degré d'information et de formation, de leur capacité d'empathie et d'anticipation des besoins du patient, d'adaptation à ses symptômes. C'est en particulier dans les moments d'interactions plus étroites entre le patient et les personnes aidantes que des tensions apparaissent et qu'elles peuvent favoriser des attitudes relationnelles inadaptées de part et d'autre (53).

3.4.7 Facteurs d'environnement

Les modifications de lieu de vie et de l'environnement nécessitent une adaptation du patient qui est plus difficile lorsqu'il a des déficits cognitifs. Elles sont un facteur de vulnérabilité et peuvent faciliter l'apparition de nouveaux SPCD et leur aggravation (51). Cette relation concernerait davantage les femmes que les hommes, sans que l'on ait évalué plus précisément si cela est lié à une vulnérabilité plus importante ou à une différence d'expression symptomatique liée au sexe.

Afin de juger de l'impact potentiel de ces changements, la biographie de la personne et son mode de vie antérieur doivent être connus. Les changements imposés au patient (de lieu, de types de locaux, d'organisation de la journée, d'horaires) par rapport à ses habitudes peuvent représenter pour le patient des contraintes auxquelles il peut avoir des difficultés à s'adapter.

Les interactions entre les patients et les aidants jouent un rôle important pour l'adaptation du patient à son environnement (voir facteurs d'environnement). A titre d'exemple, un lien a été mis en évidence entre le degré de détresse émotionnelle des soignants et la fréquence des cris manifestés par les résidents en institution de long séjour (54).

3.5 Recueil et transmission des informations

La nécessité d'un recueil écrit des informations anamnestiques et actuelles concernant le patient fait partie intégrante de la démarche diagnostique et du bilan préthérapeutique. Il est recommandé de favoriser la transmission des informations, pour éviter l'isolement des aidants et des professionnels face aux troubles. L'ensemble des professionnels médicaux, soignants et médico-sociaux doit avoir la possibilité de participer à ce recueil écrit d'informations, avec dans la mesure du possible la participation des aidants naturels.

Il est recommandé d'appliquer trois principes, quel que soit le lieu de vie :

- un recueil écrit des informations qui doivent être rassemblées dans des fiches ou un dossier pour faciliter leur traçabilité et leur transmission ;
- il est utile qu'un interlocuteur désigné, éventuellement une personne référente, rassemble ces informations afin de faciliter leur transmission ;
- les différents professionnels en charge du patient doivent échanger et/ou se rencontrer pour discuter de ces informations et participer ensemble à l'adaptation de la prise en charge.

La transmission des informations relatives au patient est une étape nécessaire de la démarche de soins. La transmission doit se faire entre personnes qui œuvrent en concertation à la prise en charge de ces symptômes. Il s'agit d'informations à caractère privé et leur partage nécessite le respect de certaines règles :

- l'information du patient et son absence d'opposition (ou de sa famille ou de la personne de confiance si son état ne lui permet pas de manifester sa volonté) au partage des informations le concernant ;
- seules les informations utiles à la prise en charge ou à la continuité des soins dans l'intérêt du malade doivent être transmises ;
- la transmission ne doit se faire qu'à des personnes participant à la prise en charge ou à la continuité des soins.

3.5.1 À domicile

À domicile, y compris quand le patient bénéficie d'un hébergement ou d'une hospitalisation temporaire, le médecin traitant est le coordonnateur de la prise en charge (2).

Il est recommandé que les informations écrites sur le comportement du patient, sur ses plaintes, sur les événements passés soient rassemblées dans un cahier de liaison. Ce cahier peut être ainsi à la disposition des aidants et des différents professionnels habilités à y apporter des éléments utiles et à en prendre connaissance.

3.5.2 En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

En EHPAD, le médecin coordonnateur ou le soignant référent doit jouer un rôle important de centralisation et de circulation de l'information.

Il est recommandé que le dossier du résident en EHPAD comporte entre autres deux types d'informations :

- les antécédents somatiques et psychiatriques du patient, les éléments de sa biographie pertinents à connaître, son parcours de soins depuis le diagnostic de ses maladies actuelles (dont la maladie d'Alzheimer ou la maladie apparentée) ;
- les troubles psychiques et comportementaux rencontrés dans le cadre de la maladie d'Alzheimer ou de la maladie apparentée et les réponses qui y ont été apportées.

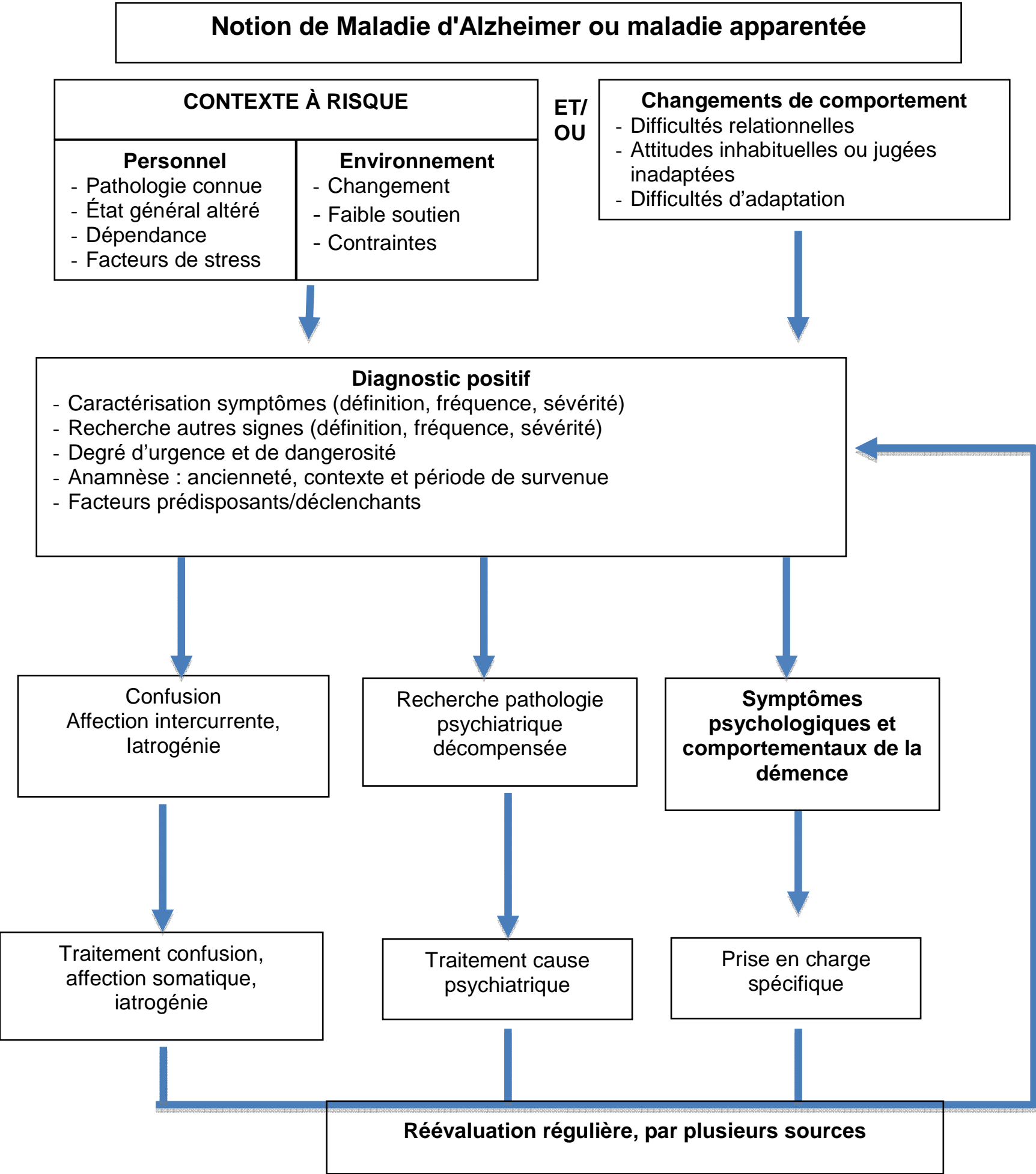
Ces différentes informations sont utiles à la prise en charge et peuvent être rassemblées dans un cahier de transmission, ou sous forme de fiches de recueil des troubles définis d'après le NPI. Ces fiches peuvent par exemple cibler un trouble particulier du comportement, en indiquant :

- le type exact de trouble ;
- sa fréquence et sa gravité à différents temps d'évaluation ;
- son retentissement sur la prise en charge et les attitudes des professionnels ;
- ses circonstances de survenue ;
- les facteurs qui paraissent aggraver ou déclencher le trouble ;
- les attitudes ou mesures qui paraissent réduire le trouble.

Dans le cadre des bonnes pratiques de soins en EHPAD en France, des fiches réflexes ont été proposées (55), et il est recommandé de les personnaliser en fonction de chaque situation. Pour l'agitation et l'agressivité, l'enquête doit porter sur divers points qui doivent être recueillis de façon multidisciplinaire :

- obtenir des informations sur le comportement de jour comme de nuit, avec des transmissions orales et écrites, sur les perceptions, le sommeil, la fluctuation des troubles, leur durée d'évolution ;
- avoir une évaluation cognitive globale (MMSE) récente et répétée ;
- avoir une évaluation de l'autonomie et sa date(par exemple : ADL, IADL) ;
- avoir des contacts avec la famille qui apporte des informations sur le comportement du patient à l'extérieur et dans ses différents environnements ;
- disposer des informations soignantes et médicales, ce qui nécessite des liens entre soignants, médecins traitants, médecin coordonnateur, famille, aides à domicile.

Figure 1 : Schéma d'évaluation des troubles du comportement



4 Prévention des troubles du comportement et mesures à mettre en œuvre (formation, information, actions d'équipe, aide aux aidants, environnement, organisation de la prise en charge)

Des actions préventives ont été proposées ou sont en cours d'élaboration en EHPAD (55) et à domicile (1,56,57). Elles sont intégrées à la prise en charge globale de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, dont l'efficacité est jugée sur l'évolution cognitive, sur le degré d'autonomie, sur la qualité de vie des patients et des aidants (2). La prévention et le traitement des troubles du comportement ne sont qu'un aspect abordé par ces recommandations générales.

Les actions possibles peuvent être subdivisées artificiellement en trois groupes, et elles peuvent concerner souvent autant les aidants familiaux et les professionnels. La plupart des actions peuvent être appliquées de façon préventive mais aussi curative. Elles visent à :

- inciter et aider les professionnels à reconnaître les troubles psychologiques et comportementaux, et les former à les prévenir et à les gérer de façon optimale ;
- informer, soutenir les aidants (naturels et professionnels) autour des troubles présents ou à venir ;
- agir sur les paramètres d'environnement afin d'éviter les facteurs pouvant favoriser les troubles.

4.1 Soutien et information aux aidants

Ces mesures visent à améliorer le repérage des facteurs favorisant les troubles, leur compréhension, et à favoriser les attitudes relationnelles bienveillantes (55-58). Elles concernent tout type d'aidant. Il faut tout d'abord rappeler que la personne malade, en particulier lorsqu'elle est âgée, fait appel selon « un modèle hiérarchique compensatoire », aux personnes les plus proches comme le conjoint ou les enfants, et à défaut, à des membres de la famille plus éloignés ou à des relations amicales ou de voisinage.

Les objectifs des actions proposées aux aidants naturels comme professionnels sont :

- d'encourager leurs attitudes positives ;
- d'augmenter leur sentiment d'efficacité ;
- de diminuer leur sentiment de fardeau ;
- de favoriser leur bien-être ;
- d'utiliser au mieux les ressources humaines et matérielles potentielles.

Dans une méta-analyse de 30 études contrôlées, évaluant des modalités d'intervention diverses, l'efficacité des approches auprès des aidants a été ciblée (59). Ces approches ont été mesurées significatives sur leur niveau de détresse psychologique, leur connaissance de la maladie, sur leur humeur, sur le retard à l'institutionnalisation. L'efficacité sur le niveau de fardeau ressenti n'était pas significative (taille de l'effet : 0,09).

Le soutien psychologique aux aidants peut être individualisé ou s'intégrer aux actions de formation, mais les études disponibles sont peu nombreuses et de qualité méthodologique faible (60).

Les recommandations existantes insistent sur le fait que les aidants naturels ne doivent pas rester seuls face aux problèmes liés à la démence. Les aides extérieures apparaissent plus efficaces lorsqu'elles sont mises en place de façon préventive, et réduisent de nombreux indicateurs de stress chez l'aidant (61). Il est recommandé de favoriser un soutien pour eux :

- de la part du réseau social et amical, qui concourt à leur mieux-être. Les supports extérieurs apparaissent plus efficaces lorsqu'ils sont favorisés de façon préventive, et ils réduisent de nombreux indicateurs de stress chez l'aidant ;
- de la part du réseau des services d'aide extérieure à la personne. Il est recommandé de faire connaître ces aides, comme les centres d'accueil de jour, car elles sont encore mal connues lorsqu'elles existent, peuvent être jugées comme stigmatisantes, ou sont contraignantes par leur coût élevé, leur faible accessibilité. L'utilisation de ces services peut avoir un impact positif sur la santé perçue de l'aidant, et ne devrait pas s'interrompre automatiquement après l'institutionnalisation du patient, mais des obstacles financiers et de prise en charge existent ;
- de la part des autres membres de l'entourage familial. Les entretiens familiaux sont à favoriser lorsque cela est possible. Ils permettent d'augmenter le soutien des différents membres par rapport à l'aidant principal. Des actions d'échanges et de formation en groupe au sein de centres mémoire ou d'associations sont régulièrement faites en pratique et sont utiles.

Les informations sur la maladie, les attitudes à privilégier dans chaque cas de SPCD, sur les façons de faire visant à assurer le bien-être et la sécurité physique du patient ainsi que celles permettant de mieux aider le patient pour ses activités de base apparaissent essentielles, bien que l'impact isolé de cette information n'ait pas été testé par des études contrôlées ad hoc. L'information doit être répétée et modulée en fonction de l'évolution et du stade de la maladie. L'attitude de l'aidant face au SPCD peut être modulée en l'amenant à rechercher les approches comportementales les plus appropriées.

Il est recommandé de les aider à mieux connaître les troubles : savoir repérer les facteurs favorisant, les comprendre et encourager des attitudes relationnelles bienveillantes. Cela concerne tout type d'aidant. Les objectifs des actions menées auprès d'eux ont pour objectif :

- d'encourager leurs attitudes positives ;
- d'augmenter leur sentiment d'efficacité ;
- de diminuer leur sentiment de fardeau ;
- de favoriser leur bien-être ;
- de les aider à mieux utiliser les ressources humaines et matérielles potentielles.

Il est démontré que les actions psychoéducatives peuvent diminuer significativement l'incidence des SPCD chez le patient et de la dépression chez l'aidant (59,62).

Les aidants doivent être formés à la connaissance des attitudes individuelles qui peuvent favoriser les SPCD étudiés ici, en particulier l'agitation (55) :

- l'excès de sollicitation en durée et en temps ;
- la mise en échec ;
- les réactions brutales de membres de l'équipe ou de la famille ;
- une expression verbale complexe ;
- un comportement infantilisant ;
- l'agitation d'autres personnes.

La prise en charge de la santé physique et psychologique est essentielle. Les aidants ont un risque accru de présenter des symptômes anxieux et dépressifs, pouvant concerner près de la moitié des cas. La charge de l'aide prodiguée peut également avoir un impact sur la santé physique, en accentuant des fragilités préexistantes. La survenue de troubles du comportement chez le patient augmente en général cette vulnérabilité, et en particulier l'incidence des troubles cardiovasculaires. Les risques de morbidité encourus sont réduits de manière significative lorsque les aidants informels se sentent soutenus. Le maintien d'un bon état de santé chez l'aidant a un effet préventif ou limitant de certains SPCD chez le malade.

Les relations entre le patient et l'aidant sont un facteur de stress de l'aidant confronté aux troubles du comportement (23,63). Le maintien de bonnes relations interpersonnelles entre l'aidant et le patient apparaissent dès lors être le gage d'une bonne relation d'aide dans la

durée, notamment lorsque le patient vit à domicile. Ces interventions peuvent être communes à domicile et en institution. Ainsi, l'aide à la résolution de problèmes, à la gestion des conflits interpersonnels est applicable autant aux aidants naturels que professionnels. L'incidence des troubles du comportement est directement liée à la qualité de la relation entre l'aidant et l'aidé. Il est important d'augmenter l'aptitude de l'aidant à interagir avec le patient pour prolonger sa capacité à lui procurer des soins à domicile, améliorer leur qualité de vie commune, et diminuer le niveau de stress ressenti.

Il est généralement démontré que ces différentes actions auprès des aidants peuvent éviter une institutionnalisation précipitée du patient, et améliorer le confort psychologique des aidants. Le soutien par des associations de familles, des groupes d'entraide peut être utile.

4.2 Soutien et formation des professionnels

La formation des professionnels passe par le « **savoir être** » avec le patient atteint de démence, et le « **savoir faire** » dans diverses situations comportementales et relationnelles.

Ces éléments de « savoir être » et de « savoir faire » sont à la base de l'approche dite de « bientraitance » (57). C'est notamment dans des situations jugées à risque de troubles du comportement (comme la toilette, les repas) que des principes de « bonne prise en charge » ont été proposés.

L'efficacité de ces actions a été peu vérifiée par des études contrôlées qui font intervenir aussi d'autres aspects de soin et d'organisation des soins. La formation des professionnels et leur organisation en pluridisciplinarité ont un impact positif sur l'évolution à court terme des troubles du comportement.

Dans une revue de la littérature sur les interventions non pharmacologiques générales (reconnaissance des besoins insatisfaits, attitudes comportementales et soignantes), un très petit nombre d'études avaient les qualités nécessaires à un niveau de preuve (64). Une efficacité relative des interventions comportementales adaptées aux besoins de la personne était retrouvée par une réduction significative des symptômes comportementaux.

Une étude randomisée a comparé l'évolution pendant 18 mois (12 mois d'intervention et 6 mois de suivi additionnel) de 153 patients pris en charge soit de façon habituelle, soit dans une approche multidisciplinaire planifiée, intégrative, avec du personnel médical et soignant formé à cette approche et ayant un suivi coordonné par une infirmière spécialisée en gériatrie (65). Cette étude était focalisée sur la prise en charge ambulatoire, en médecine générale. La formation et l'organisation du soin portaient sur la régularité des contacts avec le patient et ses aidants, sur le repérage et l'évaluation des troubles du comportement à chaque visite, sur les facteurs de stress possibles, sur les protocoles d'intervention non pharmacologiques spécifiques à un symptôme donné (huit protocoles étaient mis au point au préalable), sur la prise en charge médicamenteuse instaurée après discussion avec le « manager » de la prise en charge. Les managers de la prise en charge étaient également suivis et entraînés régulièrement à cette organisation des soins, qui a montré une supériorité par rapport à la prise en charge ordinaire. Il a été observé à 12 mois moins de troubles du comportement dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle, tant sur le score total au NPI (8,0 vs 16,1, $p=0,01$) que sur le nombre de symptômes présents au NPI (2,5 vs 3,5, $p=0,05$). Il n'y avait pas de différence significative pour ces variables entre les deux groupes à l'inclusion et à 6 mois d'intervention (9,4 vs 11,1, $p=0,61$). L'amélioration significative était maintenue dans le groupe intervention à 18 mois, soit 6 mois après la fin de l'intervention (8,4 vs 16,2, $p=0,01$).

Une amélioration significativement plus importante des troubles psychologiques et de l'état de santé de l'aidant a été observée dans le groupe intervention (3,1 vs 5,2, $p=0,02$). Les scores de dépression des patients n'avaient pas une évolution significativement différente entre les groupes, mais une prescription plus importante d'antidépresseurs était constatée.

dans le groupe intervention (38% vs 19%, $p=0,03$). Une des limites de ce type d'études est qu'elles démontrent l'efficacité d'une approche intégrative, multidomaines, à la fois organisationnelle et pharmacologique. Leur avantage est de démontrer que l'application de recommandations de prise en charge apporte un bénéfice significatif à court terme sur les comportements des patients et des aidants. Il est à noter que cette amélioration des troubles du comportement est de taille significativement plus importante que dans les essais médicamenteux.

Les actions préventives médicales et soignantes visent à renforcer chez les tous les professionnels (médecins, infirmières, aides-soignantes, aides à domicile, ..), la connaissance des facteurs de risque des troubles du comportement, et les moyens de les prévenir. Les intervenants professionnels doivent connaître les difficultés d'adaptation de la personne atteinte de démence, et le risque de situation de crise pour des facteurs de stress qui seraient considérés comme plus légers chez une personne n'ayant pas ces difficultés d'adaptation.

C'est en particulier en institution que l'efficacité de la formation des aidants sur la prévention des troubles du comportement a été testée, autour d'actes d'assistance. Une formation psycho-éducative de personnel de maisons de retraite aux actes de toilette (douche, bain, toilette au lit) a permis une réduction des comportements anxieux et d'irritabilité de la part des résidents lors de ces actes (66). La formation du personnel à se centrer sur la personne et non sur l'acte en lui-même a été efficace sur la réduction de l'agitation, de l'agressivité, de l'inconfort lors de la toilette (53). Cette formation peut être dispensée par des séances sur l'environnement du travail avec des ateliers pratiques de formation continue. Le simple envoi d'un matériel de formation continue (par exemple CD-ROM de techniques et attitudes pendant la toilette) est perçu comme utile par les personnels de maisons de retraite, mais l'efficacité à long terme de ce type d'action doit être évaluée (67).

Les attitudes favorisant la bientraitance, soit de façon continue, soit au cours d'actes particuliers, sont préconisées (56,57).

La connaissance du risque iatrogène et du risque de maltraitance, plus fréquent chez les personnes malades et dépendantes, est essentielle et doit être renforcée. La prévention des situations déstabilisantes ou inadaptées concerne la relation au patient et les actions d'organisation de la prise en charge, de prescription, de soins.

Les professionnels doivent être formés à des principes spécifiques d'aide, de bientraitance dans les soins, mais aussi de résolution de situations difficiles. Il faut susciter la formation aux techniques de relation au patient 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 actions ont pour buts :

- d'augmenter le sentiment d'efficacité ;
- de limiter les risques de détresse, d'épuisement ;
- d'éviter des attitudes qui pourraient être inadaptées et pouvant générer d'autres troubles.

4.3 Un environnement adapté au patient

Ces actions ont pour objet d'éviter que l'environnement joue un rôle défavorable dans la situation pathologique du patient, car des relations ont été établies entre certains types de troubles du comportement et des caractéristiques de l'environnement du patient (1,55,68)

Il ne paraît pas possible à ce jour de déterminer s'il existe un environnement idéal pour tous les patients. Le meilleur environnement pour un patient donné est celui qu'il perçoit comme sécurisant et rassurant à un stade donné de sa maladie, 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 analyse lucide et non précipitée de l'ensemble de ces besoins que les aidants et les professionnels peuvent, en tenant compte des souhaits du patient, déterminer avec lui quel est a priori le meilleur lieu de vie ou de soins

Malgré ces précautions préalables, tout changement d'environnement représente un stress pour le malade et un temps d'adaptation est en général nécessaire, d'une durée variable individuellement. Ainsi, l'évaluation de l'adaptation de l'environnement doit être répétée dans le temps, car il s'agit d'un processus dynamique.

L'adaptation de l'environnement spatial et temporel est essentielle, car un milieu inadapté peut contribuer à l'apparition de troubles du comportement ou les aggraver. Par contre, un environnement rassurant peut les soulager et permet de vivre avec un minimum de sécurité pour le malade comme pour l'aidant (1,69).

Aménagement de l'environnement spatial

Des règles et des conseils ont été proposés pour les unités spécialisées. La mesure 10 du plan Alzheimer insiste sur l'attention qui doit être portée en institution dans l'aménagement des espaces, sur l'architecture des locaux, sur le projet de vie. Certaines de ces recommandations peuvent être appliquées au domicile des patients. L'aménagement d'endroits de vie comme une salle à manger ou une salle de bains participe très probablement à la réduction de comportements perturbateurs dans ces endroits qui sont ceux de situations à risque. A titre d'exemple, il a été proposé d'adapter l'environnement de toilette comme suit : usage de la couleur (murs, linge, plantes, tableaux), température adaptée de l'air et de l'eau, lumière suffisante mais douce, réduction du bruit, musique d'ambiance ou de bruits de la nature, serviettes larges et chaudes, respect du besoin d'intimité, etc. (66). L'efficacité spécifique de ces mesures n'a pas été testée de façon suffisamment contrôlée. Elles reposent toutefois sur des critères qui font appel au bon sens, et font partie du savoir faire des personnes qui sont censées venir en aide à une autre pour des actes de nature intime.

Aménagement de l'environnement temporel

Le maintien d'un rythme adapté à la vie des patients apparaît essentiel, en essayant de respecter ses rythmes propres de vie, notamment en institution. L'organisation du cadre temporel, le renforcement des indicateurs normaux du temps (ex. : calendriers ou horloges de grandes tailles), sont particulièrement importants, ainsi que les actions visant à renforcer un rythme veille/sommeil normal ou proche des habitudes du patient (70). Le rythme des malades doit être pris en compte, en limitant les décubitus du malade aux moments inopportuns (par exemple le matin ou en fin d'après-midi), et en le stimulant lorsque c'est nécessaire, en particulier durant la première partie de la journée.

4.4 La gestion dans les situations à risque

Les interactions entre les aidants et les patients doivent être les plus fréquentes possible, en fonction de la demande et de la tolérance du patient et des aidants

Il est néanmoins reconnu que certaines situations de la vie quotidienne sont plus à risque de tensions entre le patient et les intervenants autour de lui, et peuvent favoriser des troubles psychologiques et du comportement. C'est entre autres le cas pour toutes les situations qui touchent à la vie privée et intime du patient : hygiène, habillage, alimentation, déplacements, argent. Tout particulièrement, c'est lors de l'aide à des actes de toilette comme les bains ou les douches que des comportements d'opposition ou d'agressivité sont fréquemment observés (53). Ceci a une importance majeure en institution où davantage de patients sont dépendants d'autrui pour des actes de la vie quotidienne, mais il est aussi fréquent bien que souvent méconnu à domicile. Ces actes de la vie quotidienne peuvent parfois devenir traumatisants pour le patient, mais aussi pour les aidants naturels et professionnels qui y participent.

Il ressort dans la littérature que certaines modalités d'intervention pendant la toilette peuvent réduire les comportements d'agitation ou d'opposition. Il peut s'agir :

- de techniques plus appropriées. Ainsi une douche peut être moins traumatique qu'un bain, et une toilette au lit peut être mieux vécue qu'une toilette dans une salle de bains (66). Les travaux sur ces aspects soutiennent que le choix d'un acte ou d'une technique ne devrait pas être dicté uniquement par des règles sociales ou des besoins sanitaires, mais aussi en fonction du désir du patient, de ses habitudes, de son humeur, etc. ;
- d'une adaptation au patient de l'environnement de toilette (cf. aménagement de l'environnement) ;
- d'entraînement et de formation à ces actes spécifiques (71) ;
- d'interventions psychosociales (communication, réminiscence, etc.).

L'application de l'ensemble de ces principes, et l'orientation de l'acte vers la personne elle-même et non vers la seule réalisation de l'acte technique a permis dans une étude contrôlée une réduction de moitié de l'évènement indésirable (agressivité :-53 %) et du temps pendant lequel est observé un comportement d'agitation (53). L'inconfort ressenti par le patient était significativement moins important dans le groupe ayant eu une toilette au lit par rapport à une douche.

4.5 La formation aux recommandations de prise en charge de la démence et leur mise en pratique

Plusieurs recommandations de prise en charge de la démence ont été proposées dans différents pays (1,5,72-76). Les objectifs de ces recommandations est de réduire le stress des aidants et des patients, d'améliorer leur qualité de vie, de retarder l'institutionnalisation, de retarder l'évolution de la maladie (77).

Néanmoins, il n'est pas démontré si la formation des professionnels et des aidants à l'application des recommandations de prise en charge de la démence a un effet préventif sur les troubles psychologiques et comportementaux. Ces recommandations concernent tous les aspects de la prise en charge : dépistage, organisation des soins, traitements médicamenteux et non médicamenteux, aide aux aidants, formation des professionnels... Aussi, leur application n'isole pas un aspect particulier de la prise en charge qui est considérée comme multimodale. Cette approche a l'avantage d'être plus en rapport avec la prise en charge en vie réelle de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, qui doit s'adapter à des patients ayant une maladie aux multiples facettes et qui sont en interaction avec des personnes très différentes.

5 Interventions non médicamenteuses à visée individuelle, immédiates et retardées. Gestion des situations aiguës et difficiles ou de crise

Il est difficile de tirer des conclusions valides, les études étant peu nombreuses et souvent de qualité méthodologique moyenne (60,78). La majorité de ces études ont mesuré l'effet préventif de différentes techniques. Dans une revue de plus de 1 600 études sur cette approche thérapeutique non médicamenteuse, seulement 162 avaient été retenues dans une large revue publiée en 2005 (78). Ces interventions sont en effet moins bien codifiées que les traitements médicamenteux, et les études mises en œuvre pour les tester n'ont pas les critères standardisés des essais pharmacologiques contrôlés et randomisés. L'efficacité de ces interventions a été recherchée sur l'ensemble des troubles neuropsychiatriques. Certaines études ont porté plus spécifiquement sur l'agitation et les déambulations.

Leur application varie considérablement en fonction du lieu où est traité le patient (domicile, hôpital, unité spécialisée Alzheimer, EHPAD, etc.), mais aussi en fonction du degré de sévérité de la démence car certaines techniques ne sont pas applicables à des stades sévères.

Les recommandations et consensus d'experts (1,5,73-76) indiquent que ces types de traitement non pharmacologique peuvent être bénéfiques chez certains patients à certaines

périodes de leur évolution, particulièrement sur l'adaptation à la vie quotidienne et les troubles du comportement.

Les interventions non médicamenteuses sont à ce jour préconisées en première intention (1), parce qu'elles peuvent être efficaces à visée préventive, mais aussi à visée curative et qu'elles peuvent permettre souvent d'éviter le recours à des traitements médicamenteux. Elles peuvent être utilisées en synergie avec les traitements pharmacologiques qui devraient être employés quand la sévérité des SPCD met en danger le patient, altère son fonctionnement, ou est une menace ou une source importante de souffrance pour son entourage.

La prise en charge non médicamenteuse des SPCD ne peut pas reposer sur une seule approche : elle est multimodale et doit être guidée par le niveau d'évolution de la maladie, mais aussi d'une manière plus spécifique pour le type et les caractéristiques des symptômes présentés. La prise en charge d'une maladie intercurrente ou d'un risque iatrogène potentiellement en cause est prioritaire afin de permettre l'amélioration, voire la résolution complète du SPCD.

Il existe deux types d'interventions qui sont complémentaires :

- les attitudes soignantes et relationnelles personnalisées, pour un trouble du comportement précis chez un patient donné. Elles apparaissent incontournables et sont à favoriser dans tous les cas ;
- les thérapies non médicamenteuses structurées, applicables le plus souvent à des groupes de patients. Elles ne peuvent d'ailleurs pas être appliquées à tous les patients et dans tous les environnements. Ces approches souvent non standardisées sont appliquées de façon très hétérogène et leur efficacité est observée en pratique sur des individus, mais la preuve de leur efficacité sur des groupes de patients très différents est plus difficile à établir.

5.1 Actions de formation des aidants et des professionnels à la gestion d'un trouble du comportement

L'IPA (*International Psychogeriatric Association*) a été une des premiers groupes à proposer des recommandations à l'attention des aidants et des professionnels pour gérer un comportement donné. Ces mesures apparaissent utiles en pratique et sont mises en œuvre notamment en institution, mais leur niveau d'efficacité réelle n'est pas connu.

Il s'agit de développer chez les aidants et les professionnels le « savoir faire » en cas de troubles du comportement, en identifiant ce qu'il convient « de faire », mais aussi ce qu'il convient de « ne pas faire », en complément de leur « savoir être » avec la personne atteinte de démence. Cela passe par des formations à des actions ciblées et à court terme, voire immédiates, sur un comportement donné, adaptées de façon personnalisée. La formation porte sur la reconnaissance, l'évaluation, la prévention de l'aggravation, la gestion relationnelle et organisationnelle de chacun de ces troubles. Ces mesures sont utiles dans la vie réelle et sont toujours à mettre en œuvre notamment en institution.

Elles doivent faire partie de tout plan d'aide personnalisée.

L'expérience clinique et des études de cohorte mettent en évidence que les troubles du comportement interviennent pour une large part du fardeau ressenti par les aidants (1,79). La proposition de conduites à tenir comportementales est demandée par les aidants et est bien acceptée par eux. Dans une étude contrôlée, la proposition de conduites à tenir, à titre préventif mais aussi curatif, a permis de réduire le score global au NPI après une phase de formation qui durait 6 mois (65). Il est à noter que ces actions ont un effet rémanent 6 à 12 mois après, mais l'effet à plus long terme n'a pas été vérifié. Il était aussi observé une diminution du niveau de détresse et de dépression ressenties par les aidants.

Les plans de soins aux personnes âgées, les recommandations de bonnes pratiques de soins (4,55,57) intègrent la formation des professionnels à la reconnaissance, à l'évaluation, et à la gestion relationnelle et organisationnelle de ces troubles.

L'efficacité de ces mesures non médicamenteuses en institution est actuellement en cours d'évaluation en France, et s'intègre dans la mesure 22 du plan Alzheimer 2008-2012. Une étude pilote menée en France dans 16 EHPAD évalue l'efficacité d'une stratégie de formation des professionnels sur les SPCD perturbateurs (71). Il a été proposé une formation de deux mois à des techniques de soins adaptées lors de moments clés de la journée (toilette, repas, coucher) et à des attitudes à adopter lors d'animations et de stimulations, accompagnées de fiches-type (cf. annexes 4 et 5). L'évolution de l'agitation chez 306 patients de 16 maisons de retraite a été mesurée au bout de 8 semaines de formation du personnel, et 12 semaines après la fin de l'intervention. Une diminution du score global d'agitation et d'agressivité (échelle CMAI) a été significative entre l'inclusion et 8 semaines (-7,8; $p < 0,01$) et entre l'inclusion et 20 semaines (-6,5; $p < 0,01$) dans le groupe intervention, mais pas dans le groupe contrôle (80).

Exemple de plan de modification d'un comportement pathologique-cible d'après l'IPA, 2003 (1):

- Identifier un symptôme à la fois
- Favoriser une collaboration étroite avec les aidants ou les soignants
- Caractériser de façon précise les symptômes
- Préciser les moments de survenue, la fréquence
- Repérer les lieux de survenue, les présences favorisantes ou apaisantes
- Repérer les événements précédant le trouble et lui succédant
- Rechercher des facteurs associés
- Proposer des objectifs réalistes
- Faire participer le plus possible le sujet
- Commencer par des objectifs modestes
- Anticiper le maximum de problèmes pouvant survenir
- Prévoir actions de rechange en cas d'échec et y impliquer l'aidant
- Gratifier les aidants et les patients en cas de réussites même minimales
- Réévaluer très régulièrement et périodiquement le plan de traitement
- Ne pas trop attendre pour mettre en route des alternatives
- Favoriser la persévérance avec souplesse

5.2 Les thérapies non médicamenteuses

Un tableau synthétisant différentes revues de la littérature et méta-analyses sur l'usage de ces techniques est en annexe 1. Ces thérapies ont été conçues pour être appliquées en dehors des situations aiguës et de crise, dans lesquelles elles n'ont pas fait la preuve de leur efficacité de façon reproductible.

5.2.1 Interventions basées sur la cognition

Il s'agit d'actions non ciblées sur un comportement donné, mais dont la réalisation peut permettre de diminuer l'incidence et la sévérité des troubles du comportement. Elles peuvent être appliquées de façon individuelle ou collective.

5.2.1.1 Stimulation cognitive

Ce type de prise en charge est l'une des techniques les plus couramment utilisées auprès des patients et repose sur la stimulation générale de la cognition par la réalisation d'exercices variés. Il faut noter les résultats de deux méta-analyses portant sur l'efficacité de cette prise en charge sur la cognition et les troubles du comportement dans la MA. Celle de Clare *et al.* (81) a porté sur l'évaluation de l'efficacité des approches de stimulation et de

rééducation cognitive collectives dans les stades légers et modérés de la MA. Aucun des six essais retenus n'a permis de démontrer une efficacité avérée de cette approche, les effets étant modérés mais non significatifs. En contradiction avec ces résultats, la méta-analyse de Sitzer *et al.* (82) a mis en évidence un effet positif de ces thérapies sur certains comportements, avec cependant des critères de sélection des études (qualité méthodologique, type de thérapies...) beaucoup plus larges que la première méta-analyse. La revue de Livingston *et al.* (78) concluait à une action significative mais limitée sur les troubles psycho-comportementaux.

5.2.1.2 Réhabilitation cognitive individuelle

Cette technique prend en compte l'hétérogénéité des déficits cognitifs dans la MA et propose une approche strictement individuelle et ciblée sur une tâche précise. Cette prise en charge doit permettre de définir une stratégie permettant le contournement des déficits cognitifs en exploitant les capacités cognitives résiduelles. Ce type de prise en charge a fait l'objet de nombreuses évaluations, n'évaluant pas son impact direct sur les troubles du comportement (81).

5.2.1.3 Interventions basées sur l'environnement

Ces thérapies consistent à adapter l'environnement favorisant l'orientation dans le temps et dans l'espace du patient dans le but d'améliorer sa perception et ses capacités de contrôle du cadre de vie. Ce type de prise en charge peut revêtir différentes méthodes et repose sur la présentation répétée d'informations concernant le temps, l'espace et l'identité des personnes entourant le patient. Cette thérapie peut se dérouler de manière continue tout au long de la journée ou prendre la forme de séances intensives de rééducation. Spector *et al.* (83) et Onder *et al.* (84) ont testé respectivement auprès de 115 et 156 patients l'efficacité de la rééducation de l'orientation et ont mis en évidence un impact positif significatif sur la cognition mais aucune amélioration sur les troubles du comportement (85).

5.2.2 Interventions psycho-sociales

Ces interventions ont fait l'objet de méta-analyses globales. La méta-analyse de Verkaik *et al.* (86) a seulement étudié l'efficacité de ces interventions sur les comportements dépressifs, apathiques et agressifs.

5.2.2.1 Intervention par évocation du passé (*reminiscence therapy*)

Cette prise en charge est basée sur l'évocation des souvenirs autobiographiques anciens du patient et a pour objectif d'améliorer l'estime de soi et les capacités de socialisation résiduelles. Elle est généralement proposée en groupe, nécessite la coopération des proches du patient et repose sur l'utilisation de divers médias.

Deux méta-analyses (85,87) ont montré l'efficacité de la thérapie par reminiscence sur la cognition et le comportement général. Dans la dernière réalisée, sur les quatre essais retenus, cette thérapie semble avoir un impact positif significatif sur la mémoire autobiographique, la symptomatologie dépressive et les troubles du comportement évalués dans leur ensemble, mais cette action était limitée à la durée de l'intervention.

5.2.2.2 Thérapie par empathie (thérapie de validation)

La thérapie de validation vise à améliorer et promouvoir la communication avec le patient dément, à reconnaître, comprendre et soutenir son discours et ses sentiments quelle qu'en soit leur réalité. Elle s'attache à identifier les émotions que les patients peuvent exprimer et à les valider par des techniques de communications verbales et non verbales qui nécessitent une formation et l'application d'un certains nombres de recommandations (88). Il existe très peu d'études contrôlées sur le sujet, ne permettant pas de documenter suffisamment les bénéfices de ce type de prise en charge sur les comportements productifs. Une revue Cochrane de 2003, reprenant 3 études, montrait une efficacité sur le comportement, mais

plus particulièrement sur la dépression. La revue de Verkaik *et al.* (86) ne retrouvait pas d'efficacité de ce type d'intervention sur l'agressivité.

5.2.3 Interventions corporelles et basées sur l'activité motrice

Il existe peu de recherches concernant l'efficacité de l'exercice physique dans la prise en charge de patients atteints de MA ou de syndromes apparentés. Néanmoins, certaines études ont mis en évidence un impact positif de l'activité physique auprès de cette population avec une baisse du risque de mortalité et de morbidité de pathologies chroniques, une diminution du risque de chutes et de la dégradation de l'aptitude aux activités de la vie quotidienne, une diminution du niveau de dépression, un maintien et une stimulation des fonctions cognitives (89).

Les interventions à visée corporelle peuvent prendre la forme d'activité de la vie quotidienne (marche, tâches ménagères) ou reposer sur des activités physiques plus intenses comme la course, l'aérobic, la marche, le vélo. Elles peuvent être adaptées selon le stade de sévérité de la démence. Une mesure objective de l'efficacité de ces mesures est difficile en raison de l'hétérogénéité de leurs modalités d'application, de leur fréquente association entre elles. La majorité des études n'ont pas considéré les troubles du comportement comme critère principal.

Une réduction de l'agitation et de l'agressivité a été observée dans quelques études ayant prescrit à des patients une activité physique journalière (par exemple de type marche à pied pendant 1 heure) (86,90).

Un des critères d'efficacité de l'activité motrice est l'amélioration du rythme nyctéméral et la réduction des troubles du sommeil qui est souvent observée après un programme d'activité physique régulière. Une activité « aérobique » (type marche à pied) a été évaluée parfois plus efficace qu'une activité « anaérobique » (type stretching (90). L'applicabilité de ces méthodes dépend des capacités physiques des patients.

Les interventions corporelles peuvent être à type de stimulation tactile. Il a été montré que le massage des mains avant les activités de soins peut conduire à un état de relaxation et par conséquent à une baisse de la fréquence et de l'intensité des troubles du comportement, notamment l'agitation (91).

Elles nécessitent une bonne acceptation de la part du patient, un contact corporel non souhaité pouvant avoir des effets négatifs et pouvant a contrario majorer le risque d'agitation par peur ou aversion de la part du patient (92).

5.2.4 Interventions basées sur une stimulation sensorielle

5.2.4.1 Aromathérapie

Sur la base de l'utilisation d'huiles essentielles, l'objectif de l'aromathérapie est d'améliorer la qualité de vie des patients déments et notamment de participer à la relaxation, l'amélioration du sommeil, la diminution des sensations de douleur, la réduction des symptômes dépressifs.

Dans la revue Cochrane de 2003 sur cette approche (93), la seule étude retenue montrait un effet thérapeutique significatif sur l'agitation.

5.2.4.2 Musicothérapie

La musicothérapie s'appuie sur les qualités non verbales de la musique (son, rythme, harmonie, mélodie) afin de pallier certaines compétences langagières perdues aux stades sévères de la maladie et de communiquer avec autrui par des moyens d'expressions et de communication non verbale. L'objectif est également avec ce type de thérapie de stimuler les interactions sociales, baisser le niveau d'agitation et de tension émotionnelle chez les patients déments. Ce type de prise en charge peut prendre deux aspects, l'un passif avec écoute musicale, l'autre productif avec expression vocale et musicale.

La revue Cochrane (94) sur le sujet montrait une absence d'efficacité significative sur les variables cliniques mesurées.

5.2.4.3 Luminothérapie

Sur la base d'une forte exposition lumineuse au niveau des yeux, cette thérapie a pour objectif de réduire les troubles du comportement et de réguler le rythme circadien. Trois revues de la littérature sur les effets de cette méthode sur les troubles du comportement aboutissent à des résultats controversés, certaines études montrant des effets paradoxaux (90,95,96). Des études contrôlées et en ouvert ont parfois montré une amélioration des troubles du sommeil, de l'agitation, et des troubles du rythme nyctéméral, avec une non reproductibilité d'une étude à l'autre. L'absence de standardisation ou de consensus quant à la durée, le temps de la journée, la saison, le type de troubles qui répondent le mieux à cette technique peuvent être des raisons de l'hétérogénéité des résultats.

5.2.4.4 Stimulation multisensorielle (Snoezelen)

Dans les deux études retenues dans une revue de 2002, ainsi que dans deux études comparant cette stimulation à deux approches psychosociales, il n'a pas été mis en évidence un impact sur les troubles neuropsychiatriques. L'efficacité de cette approche, lorsqu'elle existe, apparaît limitée à la période d'exposition (78,86).

5.2.5 Prise en charge globale

Parallèlement à ces programmes de stimulation et de thérapie isolés, des prises en charge non médicamenteuses multi-domaines sont proposées au patient dément afin de les stimuler par des exercices de différentes modalités. Ainsi, un programme associant exercices physiques (aérobic, endurance, équilibre) et éducation des accompagnants à la gestion des troubles du comportement a eu un impact positif de ce double programme, à savoir une amélioration significative de l'état physique et de la dépression des patients, une baisse du nombre d'institutionnalisations pour des raisons de trouble du comportement, une adhésion des accompagnants (97). L'impact spécifique sur les comportements perturbateurs n'a pas été démontré spécifiquement par ce type d'approche.

5.3 Place d'un avis spécialisé

Certaines situations peuvent être qualifiées d'extrêmes, parce qu'elles font courir un risque majeur d'aggravation du comportement, de mal-adaptation à l'environnement, de danger pour le patient ou pour autrui. En fonction du degré d'urgence, un avis spécialisé sera demandé (psychiatre ou praticien formé à la gestion de ces troubles), soit sur place, soit auprès d'un service hospitalier où le patient sera adressé. Cet avis doit être recueilli dans des délais compatibles avec le degré d'urgence, en fonction de la disponibilité du spécialiste. Il est alors souhaitable de requérir l'avis d'un médecin ayant une bonne expérience des crises psychogériatriques, et de préférence connaissant la structure où vit le patient le cas échéant.

5.4 Place de la contention physique

Les mesures de contention physique chez la personne âgée sont exceptionnelles et ne sont pas recommandées (98). Une contention ne doit être appliquée que si elle garantit la sécurité du patient et dans les situations où le sujet a conservé ses capacités de mobilité. Elle peut être réduite par l'usage temporaire de barrières de lit adaptées.

Elle ne doit pas être appliquée à domicile, car cet environnement ne permet pas d'assurer une surveillance suffisante des risques liés à cette pratique. Elle peut être évitée dans les situations où le sujet n'a pas conservé ses capacités de mobilité. Son recours n'est envisageable qu'en cas d'échec des autres mesures environnementales, relationnelles et pharmacologiques, et lorsqu'un risque élevé existe à très court terme. Il y a des situations cliniques, comme une confusion sévère avec risque de blessures ou un syndrome hallucinatoire, qui peuvent nécessiter une contention brève. Elle doit alors être réalisée après

prescription médicale par des équipes maîtrisant parfaitement les conditions de sa mise en œuvre qui ne peut excéder 24 h, sauf renouvellement expresse de la prescription. Sa surveillance doit obéir à un protocole préétabli. Replacée dans un contexte d'urgence, c'est alors un soin qui requiert une participation relationnelle importante de l'équipe soignante, une surveillance constante, une réévaluation très fréquente de son caractère incontournable. Elle peut alors favoriser une reprise de relation dans certaines situations à haut risque.

Inversement, son usage brusque, répété ou prolongé n'en conserve que les aspects mécaniques et déshumanisés, et est un facteur de stigmatisation, d'aggravation des troubles ou de l'apparition de nouveaux troubles ou de graves événements indésirables. C'est un facteur de risque de confusion.

5.5 Place de l'hospitalisation

Il est recommandé d'hospitaliser le patient quand les troubles constatés ne peuvent pas être gérés de façon rapidement sécurisante dans le lieu où il se trouve, notamment dans les cas suivants :

- l'état clinique (dont comportemental) du patient menace son pronostic vital ou fonctionnel, en particulier si une confusion peut sous-tendre le tableau clinique ;
- il existe une dangerosité du patient pour lui-même ou son entourage, qui ne peut être gérée par l'entourage proche ;
- il est nécessaire de réaliser sans délai un bilan étiologique avec des examens complémentaires ou spécialisés non ou difficilement réalisables en ambulatoire ;
- parce que l'arrêt d'un traitement en raison de troubles du comportement nécessite une surveillance médicalisée rapprochée ;
- quand la prise en charge à domicile n'est pas possible : patient isolé, entourage absent ou n'ayant pas la capacité de gérer la situation, entourage ayant des attitudes aggravant les troubles du comportement.

Si une hospitalisation est nécessaire, il est recommandé de ne pas attendre trop longtemps avant de l'organiser, afin d'éviter autant que possible un recours précipité aux urgences qui représente un facteur de stress supplémentaire.

Il est recommandé l'usage d'une filière hospitalière directe avec qui des liens préalables auront été recherchés (par exemple avec une unité de soins de suite et de réadaptation cognitivo-comportementale ou un service de psychogériatrie), à défaut un adressage au service des urgences le plus proche. Le choix dépend souvent des délais prévisibles pour l'admission du patient, mais l'expérience montre que ces délais peuvent être raccourcis quand des relations préalables existent avec une filière hospitalière.

Une fiche de transmission écrite doit accompagner le patient ou être transmise au préalable par télécopie. Elle doit préciser diverses informations: antécédents médicaux, traitement médicamenteux, troubles constatés, mode de survenue, mesures tentées. Ces informations sont indispensables pour une gestion optimale par le service receveur.

Il est recommandé d'informer le patient et sa famille de l'hospitalisation et de tenter de lui faire comprendre l'intérêt et la nécessité de cette prise en charge. En cas de refus de sa part et en cas d'urgence importante, une hospitalisation à la demande d'un tiers peut être alors envisagée dans un établissement public de psychiatrie de façon très exceptionnelle, uniquement à visée de soins et non d'institutionnalisation, si et seulement si les trois conditions suivantes sont réunies :

- il est nécessaire d'hospitaliser le patient car les troubles qu'il présente ne peuvent pas être pris en charge autrement ;
- les troubles font courir un danger pour lui-même ou pour autrui, ou risquent de compromettre à court terme son équilibre ou sa santé ;
- il ne peut consentir de façon fiable à l'hospitalisation en raison des troubles psychiques qu'il présente.

Dans tous les cas, un travail d'accompagnement et d'explication doit être fait auprès de l'entourage, en particulier dans les cas où ce dernier est opposé ou réticent à l'hospitalisation.

5.6 Place de l'institutionnalisation

Le placement en institution est une étape qui ne peut se concevoir comme un échec faute de meilleure solution face à des troubles du comportement. Elle a pour objectif de procurer au patient un environnement de vie et de soins adapté à sa perte d'autonomie, rassurant et sécurisant pour le patient et son entourage, et elle ne peut pas être motivée uniquement par la présence de troubles du comportement. L'admission en institution est motivée par un ensemble de facteurs rattachés à l'autonomie, et non par la présence de troubles du comportement perturbateurs. Elle ne doit pas intervenir en situation de crise directement du domicile à l'institution.

Non préparée à l'avance, précipitée dans une situation de crise, son indication mal posée peut représenter pour le malade un stress supplémentaire qui peut au contraire favoriser l'émergence de nouveaux troubles psycho-comportementaux et qui peut aggraver sa souffrance. Elle ne doit pas non plus être différée inutilement, ce qui ferait perdre au patient des chances de réadaptation. Elle fait partie intégrante du plan de soins.

6 Interventions médicamenteuses. État des lieux. Rapport bénéfice/risque

Hormis les traitements ayant une AMM dans la maladie d'Alzheimer, un traitement médicamenteux psychotrope pour les troubles psycho-comportementaux peut être envisagé si ces symptômes sont fréquents et/ou sévères, mais surtout s'ils peuvent être à court terme un facteur d'aggravation fonctionnelle, de souffrance significative pour le patient et l'entourage, et de désadaptation à son environnement. Le traitement sera instauré pour réduire les symptômes altérant la qualité de vie du patient ou mettant en péril sa sécurité ou celle de son entourage. Les indications de prescription reposent sur l'expérience clinique, parfois sur des études contrôlées, mais il faut souligner qu'aucun psychotrope n'a d'AMM pour les troubles neuropsychiatriques dans la démence.

Plusieurs consensus d'experts soulignent qu'un tel traitement médicamenteux ne doit pas être instauré si les symptômes présentent les caractéristiques suivantes :

- origine somatique (douleur) ;
- origine iatrogène ;
- a répondu favorablement à des interventions non médicamenteuses environnementales, à des thérapies psychologiques, psychosociales et comportementales ;
- pour le traitement d'une opposition, de cris, de déambulations qui n'auraient pas été rattachés à un autre trouble du comportement qui peut faire l'objet d'une prise en charge appropriée.

Les traitements pharmacologiques peuvent être utilisés lorsque les traitements non pharmacologiques sont d'efficacité insuffisante, notamment quand la sévérité des SPCD met en danger le patient, altère son fonctionnement, ou est une menace ou une source importante de souffrance pour son entourage. Ils devraient être utilisés en synergie avec les mesures non médicamenteuses (cf. figure 2).

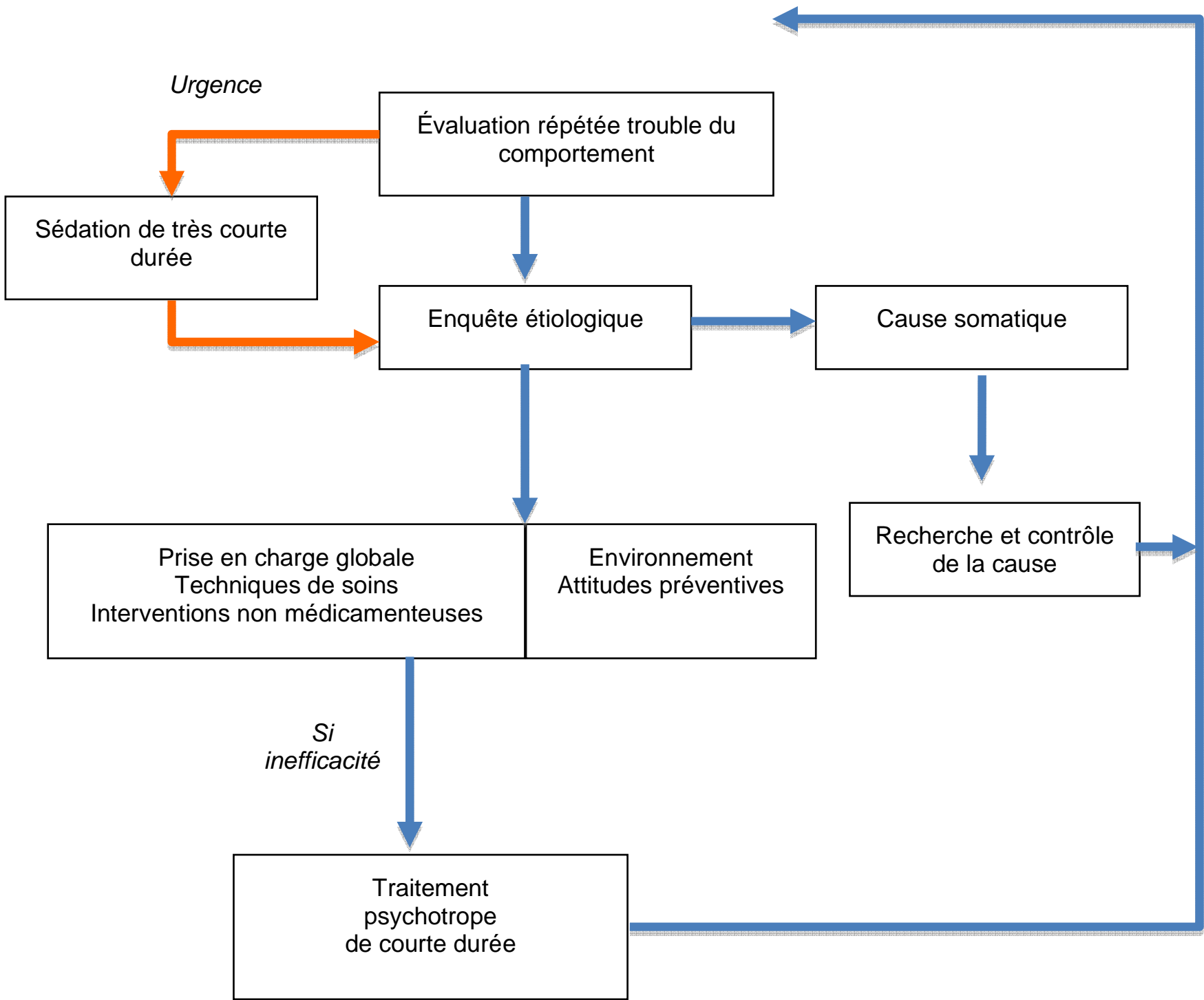


Figure 2 : Arbre décisionnel de traitement des troubles du comportement perturbateurs à risque

6.1 Médicaments ayant une indication spécifique pour le traitement de la maladie d'Alzheimer (MA)

Les médicaments spécifiques de la MA sont :

- les inhibiteurs de la dégradation de l'acétylcholine (IACHÉ) avec trois molécules répondants à ce mécanisme d'action disponibles en France. Ils sont indiqués dans la prise en charge symptomatique des formes légères à modérément sévères de la maladie (MMSE > 10) ;
- les agonistes des récepteurs de NMDA, représentés par la mémantine qui a eu une AMM en 2002 en pour la prise en charge symptomatique des patients modérément sévères (MMSE <15) et en 2005 pour les formes modérées (MMSE entre 15 et 20).

Depuis novembre 2005, la mémantine et les IACHÉ partagent l'indication des formes modérées et modérément sévères (10<MMSE<20).

6.1.1 Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IACHÉ)

Les données actuelles de la littérature ne permettent pas de recommander les traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer (inhibiteurs de la cholinestérase, mémantine) dans la prévention et le traitement des symptômes psychotiques et des comportements perturbateurs.

Chez un patient pour lequel la prescription d'un traitement spécifique pour la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée n'a jamais été envisagée, celle-ci doit l'être dans le cadre de la prise en charge globale de la maladie en prenant en compte le rapport bénéfices/risques du médicament envisagé et dans le respect des autorisations de mise sur le marché (AMM) (2).

6.1.1.1 Documents de la Transparence

Les documents de la Transparence utilisés dans ce travail sont :

- fiche bon usage des médicaments portant sur les médicaments de la maladie d'Alzheimer à visée symptomatique en pratique quotidienne ;
- fiche questions/réponses : Quelle place pour les médicaments anti-Alzheimer dans la prise en charge des patients ?
- commission de la Transparence : 20 juin 2007. Annexe 1. Médicaments inhibiteurs de l'acétylcholinestérase : analyse des données cliniques dans le traitement de la maladie d'Alzheimer ;
- commission de la Transparence : 20 juin 2007. Annexe 2 : données sur l'utilisation et la prescription en France des médicaments indiqués dans la maladie d'Alzheimer.

Ces documents sont téléchargeables gratuitement sur le site de la HAS (www.has-sante.fr)

6.1.1.2 Autres

Dans la maladie d'Alzheimer, les études cliniques ont plus particulièrement concerné, au cours de ces dernières années, les traitements qui augmentent le taux d'acétylcholine au niveau cérébral. Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IACHÉ) ont une efficacité sur les fonctions cognitives. Les effets sur les troubles du comportement et les capacités fonctionnelles ont d'une manière générale fait l'objet de mesures secondaires lors des essais contrôlés ou d'analyses rétrospectives.

Les premières études, ouvertes contrôlées incluant un petit nombre de patients, ont mis en évidence une efficacité souvent modérée dans les stades légers à modérés avec le donepezil, la galantamine et avec la rivastigmine dans la démence à corps de Lewy.

Cinq méta-analyses ont été identifiées portant sur les IChE dans la maladie d'Alzheimer (cf. tableau 1 de l'annexe 1). Si un effet des IChE a été mis en évidence sur les troubles du comportement dans certaines études incluses dans ces méta-analyses, celui-ci est considéré comme modeste et inconstant. Des travaux complémentaires et spécifiques sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de ces traitements sur les troubles du comportement.

Une méta-analyse a été identifiée portant sur la rivastigmine dans la maladie à corps de Lewy (99). Une seule étude a été retenue dans cette méta-analyse, comparant la rivastigmine au placebo sur 20 semaines chez 120 patients. Il n'a pas mis en évidence de différence entre les 2 groupes à 20 semaines avec le NPI-10 items en ITT. Le même résultat était observé avec le NPI-4 items. Il n'y avait pas de différence sur le nombre d'événements indésirables à 20 semaines entre les 2 groupes.

Il faut noter que le score initial de ces patients au NPI est parfois bien inférieur à celui des patients inclus dans les études avec les nouveaux antipsychotiques. Les troubles du comportement n'étant pas le critère de jugement principal, les patients inclus dans ces études devaient être aptes à adhérer aux contraintes des essais cliniques et donc présenter peu de perturbations comportementales.

Une étude a comparé l'évolution cognitive et comportementale de 134 patients ayant reçu en double aveugle du donepezil ou du placebo pendant 12 semaines, après un traitement en ouvert par donepezil de même durée (100). Les patients ayant poursuivi le traitement par donepezil ont eu en moyenne une évolution comportementale globale plus favorable que les patients traités ensuite par placebo (différence significative de variation entre groupes de 6,2 points au NPI-total).

La reproductibilité inconstante des résultats des études contrôlées sur le comportement et la taille modérée des effets observés est attribuable à plusieurs facteurs : scores faibles au NPI à l'inclusion, inclusion dans certaines études de patients institutionnalisés et ayant une amélioration globale attribuable à d'autres facteurs, sévérités hétérogènes de la démence, durées d'études fréquemment inférieures à un an pour des raisons éthiques (101). Les effets sur les domaines individuels du NPI ne sont pas souvent recherchés et l'amélioration est jugée sur le score total du NPI. Des études plus ciblées sur les effets comportementaux de ces médicaments apparaissent nécessaires.

Les IChE peuvent occasionner des effets indésirables comportementaux et somatiques (jusqu'à 80 % des patients dans les études contrôlées). La majorité de ces effets indésirables sont bénins: nausées, vomissements, céphalées, sédation, sensation de vertiges, de fatigue, tremblements, insomnie (102,103). Des événements potentiellement plus sévères sont possibles, chez environ 2 à 5 % des patients : bradycardie, hypotension, crises convulsives.

6.1.2 La mémantine

C'est par un mécanisme différent des IChE (action sur les récepteurs NMDA et la voie glutamatergique) que ce produit est actif dans la MA au stade modérément sévère à sévère sur les habiletés fonctionnelles, les fonctions cognitives et les manifestations comportementales évaluées par le NPI. Ces effets sont retrouvés sur des cohortes de patients suivies en pratique courante (104)

La majorité des études ont été conduites chez des patients aux stades modérément sévère à sévère. L'AMM de la mémantine a été étendue récemment en France aux formes modérées (MMSE entre 20 et 15).

Ce médicament peut favoriser dans une faible proportion de patients des troubles du comportement : insomnie, hyperactivité, agitation, plus rarement délire, hallucinations.

Une méta-analyse de 2006 a été identifiée (105). Une réduction significative de l'incidence de l'agitation au cours du suivi a été observée dans les démences de gravité moyenne à sévère. Toutefois, l'effet est de petite taille : le nombre de patients qu'il faudrait traiter pendant six mois pour prévenir la survenue d'une agitation est de 17. Par ailleurs, ce résultat ne répondait pas à une hypothèse de départ et doit donc être confirmé par des études spécifiques. Il n'y a pas de preuve pour dire que la mémantine a un effet sur les états d'agitation déjà présents.

Les résultats d'une analyse *post hoc* publiée en 2008 de données poolées de six études contrôlées suggèrent que la mémantine pourrait être efficace dans la prévention et le traitement des troubles du comportement chez les patients ayant une MA modérée à sévère. L'effet étant le plus prononcé pour l'agitation et l'agressivité (106). Il est à noter que la méthode de sélection des études n'est pas expliquée dans cette analyse *post hoc* réalisée à l'origine dans le cadre d'une demande d'extension d'AMM de la mémantine pour le stade modéré de la maladie d'Alzheimer auprès des autorités Européennes.

6.2 Les médicaments psychotropes

Il y a encore à ce jour peu d'études contrôlées dans ce domaine. Il y a par contre de nombreuses études ouvertes, conduites sur une courte durée, sur des faibles échantillons ou encore avec des conclusions extrapolées à partir de sujets âgés sains.

Les recommandations existantes, dérivées notamment de celles de prescription chez la personne âgée, donnent des règles de précaution. En cas de prescription, la voie d'administration doit être *per os*. Le recours à un injectable ne peut être fait qu'en cas de nécessité de traitement urgent d'un trouble et de risque majeur immédiat pour la sécurité, lorsque la voie *per os* n'est pas possible et lorsque la voie parentérale a été démontrée plus rapidement efficace par cette voie.

La recherche d'une monothérapie doit être la règle.

La prescription des psychotropes doit être la plus brève possible, et en dehors du cas de la dépression, le traitement psychotrope doit être arrêté dès que les symptômes ont cessé ou sont contrôlables par des moyens non médicamenteux.

6.2.1 Les antidépresseurs

Les recommandations de prescription dans les épisodes dépressifs de l'adulte d'intensité modérée à sévère préconisent le recours aux inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS), un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) ou éventuellement appartenant à la classe des « autres antidépresseurs » (107). Les ISRS sont recommandés dans un consensus professionnel portant sur le traitement de la dépression de la personne âgée (108). L'efficacité de ces molécules a été aussi démontrée par de nombreuses études dans les dépressions survenant au cours d'une démence ; c'est le cas pour la fluoxétine, la sertraline, le citalopram et la paroxétine. Ces produits ont en dehors du contexte de démence des AMM aussi pour divers troubles anxieux. Ils peuvent être de ce fait utiles pour d'autres symptômes de la maladie d'Alzheimer : instabilité émotionnelle, anxiété, impulsivité, agitation ou encore idées délirantes. Cependant les données recueillies proviennent pour la plupart d'études ouvertes et les méta-analyses récentes des rares études contrôlées n'avaient pas pu conclure à une efficacité de ces médicaments en dehors de l'indication « épisode dépressif majeur ». Dans une méta-analyse sur l'effet des psychotropes sur les SPCD (109), 5 études ont évalué l'effet des antidépresseurs, et seule une étude sur le citalopram a montré une efficacité sur les SPCD et pas uniquement sur les symptômes dépressifs.

Les antidépresseurs tricycliques doivent être évités chez les patients atteints de démence en raison d'effets secondaires fréquents liés à leur activité anticholinergique (confusion) et alpha-adrénergique (hypotension orthostatique), ce qui pourrait aggraver les déficits

cognitifs. Les recommandations françaises actuelles abordent l'usage des antidépresseurs chez la personne âgée, mais pas spécifiquement la personne atteinte de démence

D'après des études contrôlées qui ont démontré son efficacité dans l'agitation de la MA, la trazodone, non commercialisée en France, a une efficacité sur les stéréotypies motrices et l'agitation dans la démence fronto-temporale (110). La paroxétine aurait également un intérêt dans ce dernier cas (111).

Les IMAO (inhibiteurs de la monoamine oxydase) : leur intérêt chez le sujet âgé détérioré ou non est corrélé à l'augmentation de la MAO avec l'âge. Il est préférable d'utiliser les IMAO de seconde génération dits sélectifs. Il n'y a pas d'études contrôlées sur les comportements perturbateurs.

Les autres antidépresseurs n'ont pas l'objet d'études contrôlées dans les démences en dehors de la mirtazapine (112) et de la tianeptine (113). D'autres produits ayant une action sur plusieurs neurotransmetteurs (ex. venlafaxine, mirtazapine) sont envisageables en cas de dépression ou d'apathie.

Certains antidépresseurs agissant sur la recapture de la noradrénaline (miansérine, mirtazapine) peuvent être utilisés en pratique à faible posologie en prise vespérale pour le traitement de l'insomnie.

En cas de traitement de symptômes dépressifs, il faut dans tous les cas éviter ou limiter les co-prescriptions, notamment à visée sédatrice, anxiolytique ou hypnotique.

6.2.2 Les antipsychotiques

Les indications de prescription des antipsychotiques sont soit des entités nosographiques dont certaines figurent dans les AMM des médicaments (schizophrénie, psychoses délirantes aiguës ou chroniques, manie psychotique...), soit des symptômes (troubles du comportement, délire...) qui figurent rarement dans l'AMM mais dont le traitement repose sur la pratique clinique.

La pratique clinique montre qu'ils sont actifs sur les signes psychotiques, sur l'agitation et l'agressivité si celles-ci sont sous tendues par un processus délirant.

Leurs effets secondaires, parfois graves, doivent être connus. Ces médicaments peuvent générer des effets neurologiques extrapyramidaux, d'autant plus fréquents chez la personne âgée : akathisie, syndrome parkinsonien, dyskinésies tardives. Ces effets augmentent le risque de chutes, de fausses routes alimentaires. Ils aggravent les troubles moteurs de la maladie de Parkinson dans lesquelles ils sont contre-indiqués. Leur usage est fortement déconseillé dans la maladie à corps de Lewy pour les mêmes raisons. Dans cette maladie, certains auteurs ont insisté sur l'existence d'un sur-risque à type de syndrome malin des neuroleptiques.

Le risque de sédation excessive, d'hypotension orthostatique est aussi à prendre en compte en cas de prescription, notamment pour les phénothiazines. Certains neuroleptiques peuvent avoir un effet anticholinergique latéral, ce qui peut avoir des effets cognitifs très délétères, sachant que le déficit de transmission cholinergique central est très important dans la maladie d'Alzheimer au stade clinique et cela est encore plus marqué dans la démence à corps de Lewy. Le risque d'événements indésirables de type neurologique est très fréquent (jusqu'à 85 %) chez les patients atteints de démence à corps de Lewy et traités par neuroleptiques (114,115).

Les posologies utilisées doivent être très inférieures aux posologies utilisées chez l'adulte plus jeune, inférieures au quart des posologies moyennes préconisées dans les psychoses de l'adulte. Afin d'éviter le risque d'accumulation lié au métabolisme ralenti chez la personne âgée, la prescription privilégiera des médicaments ayant la demi-vie la plus courte possible.

Une première méta-analyse (116) a mis en évidence la faible efficacité des *neuroleptiques classiques* par rapport au placebo (18 %) et leur mauvaise tolérance au cours des démences : effets extrapyramidaux, confusion, risque de rétention d'urine et de constipation.

Depuis, il a été démontré que cette famille de médicaments pouvait accélérer le déclin cognitif. Ces conclusions ont été reprises dans une revue des études avec halopéridol (117)

Les benzamides, tel le tiapride, auraient moins d'effets délétères ; à doses faibles (inférieures à 300 mg/j) ce médicament est souvent utilisé en France dans les états d'agitation avec ou sans agressivité de la MA. Son usage relève de la pratique clinique courante, mais il n'y a aucunes études contrôlées.

Les antipsychotiques de nouvelle génération ou « atypiques » sont efficaces en cas de signes psychotiques avec troubles du comportement associés. Une précaution d'emploi est la présence de troubles du rythme et de la conduction cardiaque, car certains médicaments de cette famille ont pu être associés à une augmentation de l'espace QT. Parmi les molécules les plus étudiées la clozapine, prescriptible dans les troubles psychotiques associés à la maladie de Parkinson, n'est pas recommandée dans la MA car ses effets secondaires et en particulier le risque de neutropénie en limitent la prescription. Il faut rappeler que son usage et ses indications sont plus étendues aux USA, ce qui explique le plus grand nombre de publications sur la clozapine dans le monde anglo-saxon.

Il y a maintenant beaucoup de travaux documentés sur la rispéridone et l'olanzapine dans des études contrôlées utilisant des instruments validés d'évaluation des SPCD. La rispéridone aux posologies de 0,25 mg à 1 mg par jour a montré son efficacité dans le traitement des signes psychotiques, de l'agitation et de l'agressivité de la MA. Si elle induit moins d'effets extra pyramidaux que l'halopéridol, au-delà de ces doses elle peut favoriser leur apparition sans se montrer plus efficace. Ce médicament peut favoriser, au même titre que les autres antipsychotiques, des effets extrapyramidaux sévères en cas de démence à corps de Lewy. En cas de démence à corps de Lewy, en l'absence d'AMM, seule la clozapine pourrait être prescrite en débutant par une posologie très faible de 12,5 mg/j.

À des posologies de 2,5 à 5 mg l'olanzapine a fait également la preuve de son utilité. Elle présente moins de risque d'effets extrapyramidaux mais son action sédatrice doit être prise en compte.

Quel que soit le produit utilisé la séméiologie psychotique doit être fréquemment réévaluée et les antipsychotiques diminués voire stoppés le cas échéant.

Une méta-analyse sur les antipsychotiques atypiques dans la démence (118) a conclu que la rispéridone et l'olanzapine ont une efficacité significative pour le traitement de l'agressivité chez des personnes atteintes de démence, la rispéridone étant aussi efficace pour le traitement des symptômes psychotiques.

Ces antipsychotiques atypiques seraient associés avec un risque plus élevé de décès. Une revue a mesuré ce risque dans 15 études contrôlées avec aripiprazole, olanzapine, rispéridone contre placebo (publications jusqu'en avril 2005) d'une durée de 10 à 12 semaines (119). Le risque de décès au cours des études a été en moyenne de 3,5 % dans les groupes sous antipsychotique, contre 2,3 % dans les groupes placebo, avec un OR calculé de 1,54 (95 % CI : 1,06-2,23), et une différence du risque de 0,01. Aucune différence n'a été mise en évidence entre les divers médicaments.

Le risque d'accidents vasculaires cérébraux a été plus documenté pour les antipsychotiques atypiques. Ce risque a conduit plusieurs agences du médicament à publier des recommandations de précautions à partir de 2004 déconseillant l'usage des antipsychotiques atypiques chez les personnes atteintes de démence.

Une revue de 11 essais contrôlés ayant évalué ce risque avec rispéridone et olanzapine a montré une augmentation de l'incidence des accidents (120) vasculaires cérébraux (AVC) et des accidents ischémiques transitoires (AIT) par rapport au placebo. Dans une étude observationnelle de 11 400 patients traités par ces médicaments, le risk ratio a été mesuré à 1,1 pour olanzapine et 1,4 pour rispéridone (89). Une autre étude observationnelle portant sur 4788 résidents de maisons de retraite et mesurant le taux d'hospitalisation pour AVC

montrait un OR de 0,87 pour rispéridone, de 1,32 pour olanzapine, et de 1,24 pour les neuroleptiques classiques (121). Il faut souligner la rareté des études contrôlées dans ce domaine avec les neuroleptiques classiques.

D'autres études relativisent ce risque. Une étude rétrospective a porté sur plus de 17 000 sujets âgés présentant une démence (122). L'objectif était de comparer l'incidence de l'admission à l'hôpital pour AVC chez les patients recevant des antipsychotiques atypiques ou typiques. Après ajustement, les patients utilisant des antipsychotiques atypiques n'avaient pas un risque significativement plus élevé d'AVC comparés à ceux recevant un antipsychotique typique.

En conséquence, ces traitements ne sont pas utilisables en routine clinique sauf si les symptômes induisent un risque de blessure physique pour ceux qui vivent et travaillent avec le patient ou un stress extrême.

L'évaluation du rapport bénéfice/risque devra donc être documentée et la prescription limitée dans le temps est soumise à une réévaluation fréquente.

Les recommandations existantes mentionnent qu'un traitement par antipsychotique peut être proposé aux patients ayant des symptômes non-cognitifs sévères (psychose et/ou comportement agité avec détresse significative) si les conditions suivantes sont rencontrées :

- une discussion doit avoir eu lieu avec le patient et/ou l'aidant sur les possibles bénéfices/risques du traitement. Les facteurs de risque cérébro-vasculaires doivent avoir été évalués et les effets sur la cognition et la possible augmentation du risque d'infarctus cérébral ou d'AIT doivent avoir été discutés ;
- les modifications de la cognition doivent être évaluées et enregistrées à intervalles réguliers. Des médications alternatives doivent être envisagées si nécessaire ;
- des symptômes cibles doivent être identifiés, quantifiés et documentés ;
- des modifications dans les symptômes cibles doivent être évaluées et enregistrés à intervalles réguliers ;
- les effets des comorbidités, telles que la dépression, doivent être prises en compte ;
- le choix de l'antipsychotique doit être fait après une analyse individuelle des bénéfices/risques ;
- la dose doit être la plus basse puis augmentée progressivement si besoin ;
- le traitement doit être limité dans le temps et évalué très régulièrement (périodicité non consensuelle).

6.2.3 Les anxiolytiques

Les benzodiazépines ont fait l'objet de peu de travaux dans ce contexte. Il est recommandé d'utiliser des molécules à demi-vie courte, non métabolisées par le foie et sans métabolite actif telles l'oxazépam ou le lorazépam. Ces produits ont des inconvénients : risque de sédation, d'agitation paradoxale, d'accentuation des troubles mnésiques, de chute (par effet myorelaxant) et de syndrome de manque en cas de sevrage brutal. Leur arrêt, lorsqu'il est envisagé, doit être progressif.

La buspirone (15-60 mg) peut être prescrite en cas d'anxiété ou d'agitation. Son délai d'action prolongé (5 jours à 2 semaines) en limite l'usage (123).

L'usage fréquent du méprobamate en France est lié à la pratique clinique courante et ne repose pas sur des essais cliniques dans cette indication (124). Des risques notamment au niveau cardiaque et tensionnel liés à l'usage de ce médicament ont été décrits.

Les antihistaminiques type hydroxyzine doivent être évités en raison de leur effet. Ce médicament est notamment utilisé en prémédication anesthésique.

La prescription des anxiolytiques doit être limitée à la crise et de courte durée après avoir éliminé une cause somatique, relationnelle, psychologique ou iatrogène.

6.2.4 Les hypnotiques

Leur prescription non documentée par des études dans les démences obéit aux mêmes recommandations que pour les benzodiazépines et leur usage doit être de courte durée après avoir tenté préalablement des mesures comportementales ou d'hygiène de vie. En pratique clinique, il y a une préférence pour les hypnotiques non benzodiazépiniques tels le zolpidem ou la zopiclone (absence d'études contrôlées dans cette indication).

Il existe un risque d'hallucinations sous zolpidem. Il faut mentionner que des neuroleptiques entrent dans la composition de certains hypnotiques (Théralène[®], Noctran[®], Mépronizine[®]).

6.2.5 Les thymorégulateurs

Leur intérêt en cas d'agressivité et d'agitation a été suggéré par des essais thérapeutiques réalisés le plus souvent en ouvert. Une revue récente a identifié deux essais contrôlés de carbamazépine et cinq avec valproate (125). Sur ces études retenues, seul un essai de petite taille avait mis en évidence une efficacité sur l'agressivité.

Ils sont envisagés dans certaines recommandations après échec des sérotoninergiques ou des antipsychotiques. La carbamazépine (entre 100 mg/j et 300 mg/j) et le valproate de sodium (de 375 à 750mg /j) aurait des propriétés semblables chez l'adulte jeune, mais il y a une absence de preuve chez la personne âgée. Leurs effets secondaires (hyponatrémie, sédation, confusion, encéphalopathie) peuvent à leur tour induire des troubles du comportement et en limitent l'usage.

En l'état actuel des données disponibles, les thymorégulateurs ne peuvent pas être recommandés en pratique courante.

Certains antiépileptiques de nouvelle génération (lamotrigine) mieux tolérés pourraient représenter une alternative dont l'efficacité est non démontrée à ce jour.

Annexe 1. Méta-analyses et revues identifiées

1. Traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer		
Titre	Date de recherche bibliographique	Conclusions des auteurs
Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. (Cochrane) Birks, 2006 (126)	12 juin 2005	10 études ont été retenues dans l'analyse. Trois études (DON-311, DON-Feldman and GAL-USA-10 Tariot) ont mesuré les troubles du comportement (NPI-TOTAL), et les IACHE ont montré un bénéfice par rapport au placebo à 6 mois (ITT-LOCF). (Différence moyenne -2.44, avec IC 95 % [-4.12, -0.76] p=0.004). Conclusion : ...Les bénéfices du traitement ont été aussi montrés sur les mesures des activités de la vie quotidienne et le comportement. Aucun de ces effets du traitement n'était important.
Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials Kaduszkiewicz et al 2005 (102)	Nov 2004	22 études ont été retenues dans l'analyse. Absence de synthèse sur les effets des IACHE sur le comportement.
Efficacy of Cholinesterase Inhibitors in the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms and Functional Impairment in Alzheimer Disease A Meta-analysis Trinh, 2003 (127)	Décembre 2001	Pour les variables neuropsychiatriques, 10 essais ont utilisé l'ADAS – non cog et 6 essais ont utilisé le NPI. Comparé au placebo, les patients traités par IACHe ont eu une amélioration de 1,72 points au NPI avec IC 95 % [0.87,-2.57] et de 0,03 point à l'ADAS – non cog., avec IC 95% [0.00, -0.05]. Pour les variables fonctionnelles, 14 essais ont utilisé l'échelle ADL et 13 essais ont utilisé l'IADL. Comparé au placebo, les patients traités par inhibiteur de l'acétylcholinestérase ont eu une amélioration de 0,1 SD à l'échelle ADL, IC 95%, [0.00, -0.19] et 0,09 SD à l'échelle IADL scales, avec IC 95% [0.01, 0.17]. Il n'a pas été mis en évidence de différence d'efficacité entre les différents IACHe. Conclusion : Ces résultats indiquent que les IACHe apportent un bénéfice modeste sur les variables neuropsychiatriques et fonctionnelles pour les patients atteints de MA. Des recherches futures devraient montrer si ces améliorations ont un impact sur les paramètres à long terme tels que la qualité de vie, l'institutionnalisation du patient, et le fardeau de l'aidant.
Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Birks J, Harvey RJ. (Cochrane) Birks 2006 (128)	5 avril 2006	24 études ont été retenues dans l'analyse. 4 études ont mesuré l'effet du donepezil 10mg/j sur les troubles du comportement (Feldman 2000, Study 203,Winblad 2005 and Study 311) à l'aide du NPI-score total. A 12 semaines (2 études : Feldamn 2000, Study 203), pas de différence avec le placebo. A 24 semaines (3 études : Feldman 2000, Study 311, Winblad 2005), différence moyenne en faveur du donépezil de -2.62 avec IC 95 % [-4.88 to -0.43] p = 0.02 avec les cas observés ou différence moyenne de -2.62 avec IC 95% [-4.88, -0.36] p=0,02 en ITT-LOCF. Dans 2 de ces 3 études, il n'avait pas été mis en évidence de différence entre les deux groupes à 24 semaines. L'étude 331 montre même un effet supérieur du placebo par rapport au donépezil. Il doit être conclu qu'il y a peu de données pour évaluer le

		donépezil sur les troubles du comportement
Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. (Cochrane) Loy 2006 (129)	25 avril 2005	<p>L'effet de la galantamine sur le NPI a été étudié à 3 mois dans 1 essai et à 6 mois dans 3 essais. Aucun effet thérapeutique statistiquement significatif n'a été démontré à 3 mois pour une posologie de 24 à 32 mg par jour en intention de traiter : ITT et en cas observés : OC. A 6 mois, à 16 mg par jour, un effet thérapeutique était statistiquement significatif en OC et ITT, avec une réduction de 2,1 points du score total au NPI en ITT. A la posologie de 16 à 24 mg par jour, aucune efficacité statistiquement significative n'a été mise en évidence pour la galénique à libération prolongée ou le traitement biquotidien. A 24 mg par jour, un effet thérapeutique (diminution du score NPI total) a été retrouvé statistiquement significatif en OC, mais pas en ITT.</p> <p>Conclusion : On dispose d'une information limitée sur l'amélioration des activités de la vie quotidienne et du comportement général.</p>
Memantine for dementia. (Cochrane) McShane 2006 (105)	8 février 2006	<p>Un effet constant dans les études sur les démences de gravité moyenne à sévère a été une légère réduction dans l'incidence de l'agitation au cours du suivi. Ce symptôme est un problème courant dans les démences sévères pour lesquelles des traitements efficaces et des stratégies de prévention sont nécessaires. Ce résultat est par conséquent potentiellement important. Toutefois, l'effet est de petite taille : le nombre de patients qu'il faudrait traiter pendant six mois pour prévenir la survenue d'une agitation est de 17. Ce résultat ne répondait pas à une hypothèse de départ et doit être par conséquent interprété avec précaution. Il n'y a pas de preuve pour dire que la mémantine a un effet sur les états d'agitation déjà présents.</p>
Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: a pooled data analysis. Gauthier, 2008 (106)		<p>Analyse de données poolées de six études contrôlées.</p> <p>Les résultats suggèrent que la mémantine pourrait être efficace dans la prévention et le traitement des troubles du comportement chez les patients ayant une MA modérée à sévère. L'effet étant le plus prononcé pour l'agitation et l'agressivité.</p>

2. Prise en charge non médicamenteuse		
Titre	Date de recherche bibliographique	Conclusions des auteurs
Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. Livingston I 2005 (78)	Juillet 2003	Seules les thérapies de gestion des comportements, les stratégies éducatives spécifiques des aidants et des équipes, et peut-être la stimulation cognitive semblent avoir une efficacité durable dans la prise en charge des troubles neuropsychiatriques associés aux démences. Le manque de preuves à propos des autres traitements ne signifie pas qu'elles sont inefficaces. Les conclusions sont limitées en raison de la rareté des recherches de haute qualité scientifique (seulement neuf études de niveau 1 ont été identifiées). Il y a un besoin de davantage de recherches de qualité élevée.
A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use Robinson 2006 (130)	31 mars 2005	Il n'y a pas à ce jour un niveau de preuve suffisant pour recommander une intervention non pharmacologique spécifique pour réduire ou prévenir la déambulation chez les patients atteints de démence. Des études de meilleure qualité, de préférence des essais contrôlés randomisés, sont nécessaires pour déterminer les effets cliniques et le rapport coût-efficacité des interventions non pharmacologiques qui permettent une déambulation non dangereuse et qui soit considérées pratiques et éthiquement acceptables par les aidants et les personnes atteintes de démence. Des études de cohorte à grande échelle et à long terme sont nécessaires pour évaluer la morbidité et la mortalité associées à la déambulation dans la démence pour les patients à la fois ambulatoires et institutionnalisés. De telles données permettraient de préciser les modalités d'études futures évaluant le rapport cout-efficacité
Aroma therapy for dementia (Cochrane) Thorgrimsen 2003 (93)	5 avril 2003	L'aromathérapie consiste à utiliser des huiles essentielles de plantes aromatiques (menthe poivrée, marjolaine, rose) pour faciliter l'amélioration de problèmes de santé et améliorer la qualité de vie en général. Les propriétés médicinales de l'aromathérapie sont réputées pour favoriser la promotion de la relaxation et du sommeil, l'amélioration des douleurs, et la réduction des symptômes dépressifs. Aussi, l'aromathérapie a été utilisée pour réduire les troubles du comportement, pour faciliter le sommeil et pour stimuler la motivation des personnes atteintes de démence. Seules les données d'un essai sur les trois études contrôlées et randomisées ont été utilisables. Cet essai a montré un effet significatif en faveur de l'aromathérapie sur les mesures d'agitation et les symptômes neuropsychiatriques. Davantage d'essais contrôlés randomisés à large échelle sont nécessaires pour apporter des conclusions à propos de l'efficacité de l'aromathérapie.
Reality orientation for dementia (Cochrane) Spector 2000 (85)		Six études étaient exploitables Efficacité significative sur les troubles cognitifs et sur les troubles du comportement durant la période de traitement. Le maintien du bénéfice après la fin de l'intervention n'est pas démontré.
Reminiscence therapy for dementia. (Cochrane) Woods 2005		Cinq études retenues. Efficacité significative sur la mémoire autobiographique et l'humeur tout au long du suivi des sujets. Efficacité significative sur les troubles du comportement, mais

(87)		limitée à la durée de l'intervention. Hétérogénéité des interventions
Validation therapy for dementia. (Cochrane) Neal 2003 (131)		Trois études retenues. Efficacité sur le comportement (score NPI total) après 6 semaines et sur les scores de dépression à 1 an.
Music therapy for people with dementia. (Cochrane) Vink 2004 (94) Snoezelen for dementia. (Cochrane) Chung 2002 (132)		<p>Des techniques très variées de stimulations sensorielles sont employées dans la démence au sein desquelles peuvent être individualisées la musicothérapie, la luminothérapie, les techniques dites de Snoezelen et de stimulations multisensorielles.</p> <p>La <i>Cochrane library</i> a publié une revue portant sur l'évaluation des techniques de musicothérapies dans la démence en 2004. La solidité méthodologique des études retenues pour cette revue était insuffisante pour permettre une évaluation valide de l'efficacité de ces techniques.</p> <p>Une revue concernant le Snoezelen a également été réalisée. Deux études ont été retenues dans cette revue, qui ne met pas en évidence d'efficacité des techniques de stimulation sensorielle de Snoezelen dans la démence. Les données de littérature sont insuffisantes pour évaluer l'efficacité de ces techniques. Un essai randomisé en cross-over postérieur à cette revue a comparé le Snoezelen à une approche psychosociale d'évocation par le passé et un autre essai randomisé a comparé la stimulation multi-sensorielle à un suivi par groupes d'activités. Ces essais n'ont pas mis en évidence de différence entre les techniques comparées, et l'absence de groupe de contrôle « placebo » ne permettait pas de juger de l'efficacité de ces techniques. Les essais portant sur l'utilisation de barrières subjectives pour prévenir la déambulation des patients déments et sur le recours à des interventions multidisciplinaires dans le traitement du délire des sujets avec troubles cognitifs chroniques offrent des perspectives intéressantes, mais leur qualité méthodologique est trop faible pour permettre de statuer sur l'efficacité de ces techniques.</p>
Non pharmacological interventions in cognitively impaired and demented patients. A comparison with cholinesterase inhibitors. Luijpen 2003 (90)	Août 2002	Revue des études sur stimulation non pharmacologique (ex Lumière, activité physique, stimulation tactile) sur la cognition, le comportement, l'affectivité, le rythme veille/sommeil. L'analyse qualitative montre que les trois types de stimulation sont efficaces sur l'amélioration cognitive. Les troubles du comportement, le sommeil sont améliorés par lumière vive et/ou la stimulation tactile. Les relations patient-aidant sont en outre améliorées par la stimulation tactile. Un comparaison entre les tailles d'effets des IACHE et des interventions non pharmacologiques montre une efficacité d'amplitude similaire entre les deux approches thérapeutiques (d' respectifs 0,31 et 0,32)

3. Traitements médicamenteux non spécifiques

Titre	Date de recherche bibliographique	Conclusions des auteurs
Pharmacological interventions for psychosis and agitation in neurodegenerative diseases: evidence about efficacy and safety Weintraub 2005 (133)	30 juin 2005	<p>Il y a un manque de preuves d'efficacité des traitements médicamenteux des symptômes psychotiques et comportementaux au cours de la maladie d'Alzheimer et de la démence vasculaire. Ce problème a été mis en avant par des avertissements récents de la FDA à propos des risques augmentés d'AVC et de mortalité avec les traitements par antipsychotiques atypiques, bien que les preuves scientifiques à l'origine de ces recommandations sont peu connues. Actuellement, les preuves d'un bénéfice thérapeutique sont plus importantes pour la rispéridone et l'olanzapine, mais ce sont les produits pour lesquels il y a eu des avertissements sur le risque d'AVC et de surmortalité. L'utilisation de ces médicaments devrait être réservé aux cas où les symptômes psychotiques et comportementaux sont sévères et associés à des complications secondaires. Leur usage requiert une évaluation de la balance bénéfice/risque pour chaque patient, et quand cette balance apparaît favorable au prescripteur.</p> <p>Les essais cliniques publiés apportent des preuves favorables à l'utilisation de la clozapine pour les symptômes psychotiques cliniquement significatifs de la maladie de Parkinson, pour les patients qui n'ont pas supporté ou n'ont pas répondu aux modifications de leur traitement antiparkinsonien. Dans la démence à corps de Lewy, il y a des preuves en faveur de l'utilisation des inhibiteurs de l'acétylcholine estérase pour traiter à la fois les déficits cognitifs et les symptômes neuropsychiatriques.</p>
Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia. A review of the evidence Sink 2005 (109)	Juillet 2004	<p>Pour les antipsychotiques typiques, deux méta-analyses et deux essais cliniques contrôlés ont été pris en compte. D'une manière générale, aucune différence entre les différents médicaments n'a été trouvée, l'efficacité était au mieux légère, et les effets secondaires étaient fréquents. Six essais cliniques contrôlés avec des antipsychotiques atypiques ont été retenus. Les résultats ont montré une efficacité statistiquement significative mais modeste de l'olanzapine et de la rispéridone, avec des effets indésirables minimes aux faibles doses. Les antipsychotiques atypiques sont associés à un risque augmenté d'AVC. Il n'y a eu aucun essai clinique contrôlé visant à comparer directement l'efficacité des antipsychotiques typiques et atypiques. Cinq essais d'antidépresseurs ont été inclus : les résultats n'ont pas montré d'efficacité pour le traitement des symptômes neuropsychiatriques autres que la dépression, à l'exception d'une étude avec le citalopram. Pour les thymorégulateurs, trois essais cliniques contrôlés avec le valproate n'ont montré aucune efficacité. Deux petits essais cliniques contrôlés de la carbamazépine ont des résultats contradictoires. Deux méta-analyses et deux essais cliniques contrôlés avec les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ont montré en général une efficacité légère, bien que statistiquement significative. Deux essais cliniques contrôlés avec la mémantine ont aussi donné des résultats contradictoires pour le traitement des symptômes neuropsychiatriques.</p> <p>Conclusion : Les traitements pharmacologiques ne sont pas particulièrement efficaces pour le traitement des symptômes neuropsychiatriques de la démence. Parmi les produits passés en revue, les antipsychotiques atypiques rispéridone et olanzapine ont fait la meilleure preuve de leur efficacité. Toutefois, les effets sont modestes et il existe de plus un risque augmenté d'AVC. Des</p>

		études complémentaires avec les IChE incluant des patients avec des niveaux élevés de symptômes neuropsychiatriques peuvent être nécessaires.
The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. (Cochrane) Ballard 2006 (118)	7 Décembre 2004	<p>Seize essais cliniques contrôlés contre placebo ont été réalisés avec des antipsychotiques atypiques, bien que seulement neuf d'entre eux ont apportés des données suffisantes pour contribuer à une méta-analyse, et seuls cinq d'entre eux ont été publiés en entier dans des revues avec comité de lecture. Aucun essai avec amisulpride, sertindole ou zotépine n'a été identifié comme répondant aux critères d'inclusion.</p> <p>Les essais retenus ont conduit au résultat suivant :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Il a été constaté une amélioration significative de l'agression avec rispéridone et olanzapine par rapport au placebo.2. Il y a eu une amélioration significative des symptômes psychotiques chez les patients traités par rispéridone.3. Les patients traités par rispéridone et olanzapine ont eu une incidence significativement supérieure d'événements indésirables cérébro-vasculaires sévères (incluant des AVC), des symptômes extra pyramidaux et d'autres événements indésirables importants.4. Il y a une augmentation significative des sorties d'étude chez les patients traités par rispéridone (2 mg) et olanzapine (5 à 10 mg).5. Les données étaient insuffisantes pour évaluer l'impact sur les fonctions cognitives.6. Il y a des éléments de preuve pour dire que rispéridone et olanzapine sont utiles pour réduire le symptôme agression et rispéridone réduit les symptômes psychotiques, mais les deux produits sont associés avec des événements indésirables sévères cérébro-vasculaires et des symptômes extra pyramidaux. En dépit de l'efficacité modeste, l'augmentation significative des événements indésirables confirme que ni la rispéridone ni l'olanzapine devraient être utilisés en routine pour traiter des patients atteints de démence et présentant de l'agressivité ou des symptômes psychotiques en dehors des cas où il y a un niveau de stress sévère ou d'atteinte physique envers les personnes vivant ou travaillant auprès du patient. Bien que des données insuffisantes étaient disponibles des essais considérés, une méta-analyse de seize études contrôlées contre placebo des antipsychotiques atypiques pour le traitement des symptômes comportementaux chez des personnes atteintes de démence conduites par la FDA a suggéré une augmentation significative de la mortalité (OR 1,7). Une méta-analyse avec comité de lecture (Schneider, Dagerman et al 2005) de quinze études contrôlées contre placebo (neuf études non publiées) a retrouvé un risque augmenté similaire de mortalité (OR 1,54) pour les neuroleptiques atypiques. <p>Conclusion : La rispéridone et l'olanzapine ont une efficacité significative pour le traitement de l'agressivité chez des personnes atteintes de démence et la rispéridone est aussi efficace pour le traitement des symptômes psychotiques. L'augmentation substantielle du risque d'AVC et d'autres événements indésirables avec rispéridone et olanzapine, avec une augmentation générale de mortalité associés avec l'usage des antipsychotiques atypiques chez les personnes atteintes de démence, rend ces traitements</p>

		<p>non utilisables en routine clinique sauf si les symptômes induisent un risque de blessure physique pour ceux qui vivent et travaillent avec le patient ou un stress extrême.</p> <p>Il y a un niveau de preuve insuffisant pour évaluer systématiquement l'efficacité de quelques autres antipsychotiques atypiques en ce moment. Des études contrôlées contre placebo de traitements potentiellement moins nocifs et plus efficaces sont une priorité urgente.</p>
Haloperidol for agitation in dementia (Cochrane) Lonergan 2002 (117)	14 juillet 2005	<p>Il y a des preuves que l'halopéridol peut être utile pour réduire l'agressivité, mais a été associé à des événements indésirables. Il n'y a pas eu de preuve pour défendre l'usage en routine de ce médicament pour d'autres manifestations d'agressivité dans la démence.</p> <p>Des taux similaires de sortie d'essai chez les patients traités par halopéridol et par placebo ont suggéré que des symptômes mal contrôlés, ou d'autres facteurs, peuvent expliquer de façon importante l'arrêt des traitements.</p> <p>Une variabilité dans les degrés de sévérité de la démence, les posologies et la durée du traitement par halopéridol, et dans les façons de mesurer la réponse thérapeutique ont suggéré la prise de précautions dans l'interprétation des effets rapportés de l'halopéridol dans la prise en charge de l'agitation dans la démence.</p> <p>Cette revue confirme que l'halopéridol ne devrait pas être utilisé de façon routinière pour traiter des patients avec une démence et une agitation. Le traitement de patients atteints de démence et agités avec halopéridol devrait être envisagé de façon individuelle et les patients devraient être surveillés pour les effets indésirables du traitement.</p>
Trazodone for agitation in dementia (Cochrane) Martinon-Torres 2004 (134)	2 juin 2006	<p>Il y a des preuves insuffisantes pour recommander l'usage de la trazodone dans le traitement des manifestations psychologiques et comportementales de la démence. Afin d'évaluer l'efficience et la sécurité d'emploi de la trazodone, des essais sur des durées plus importantes sont nécessaires, avec des échantillons plus importants de patients avec une variété plus large des types et des sévérités de démence.</p>
The efficacy and safety of risperidone in the treatment of psychosis of Alzheimer's disease and mixed dementia: a meta-analysis of 4 placebo-controlled clinical trials. Katz 2007 (135)		<p>Cette méta-analyse des troubles psychotiques dans la maladie d'Alzheimer a montré une amélioration des symptômes psychotiques et de l'état clinique général des patients présentant des symptômes psychotiques dans le cadre d'une MA traitée par rispéridone par rapport au placebo. Les bénéfices du traitement n'étaient pas davantage significatifs chez les patients ayant des symptômes sévères. Le profil de sécurité de la rispéridone dans cette population de MA avec symptômes psychotiques était similaire à celui des patients présentant des troubles psycho-comportementaux plus généraux.</p>
Valproic acid for agitation in dementia (Cochrane) Lonergan 2004 (136)	10 juillet 2003	<p>Les essais retenus devraient être considérés comme préliminaires. Des rapports individuels suggèrent qu'une faible dose de valproate de sodium n'est pas efficace pour traiter l'agitation chez des patients atteints de démence, et que des hautes posologies de divalproate de sodium sont associées avec un taux inacceptable d'effets indésirables. Une recherche plus importante sur l'usage des préparations à base de valproate pour l'agitation chez des personnes atteintes de démence est nécessaire. Sur les bases des preuves actuelles, les préparations avec le valproate ne peuvent pas être recommandées pour le traitement de l'agitation dans la démence.</p>

Annexe 2. Recommandations professionnelles : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées - HAS. Mars 2008.(2) Partie concernant les SPCD

Un trouble du comportement doit toujours conduire à évaluer l'environnement et éventuellement à le modifier.

Sous réserve qu'une cause intercurrente ait été recherchée et traitée, en cas d'agitation ou de cris, des interventions non médicamenteuses appropriées doivent systématiquement être proposées dans un premier temps pour éviter le recours aux antipsychotiques ou autres sédatifs. Elles peuvent permettre de surseoir à un traitement médicamenteux.

Il est recommandé de suivre les recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD. Ces interventions nécessitent une formation des aidants familiaux et professionnels, un soutien aux aidants familiaux et la présence d'un personnel suffisant et formé dans les établissements de soins et médico-sociaux.

Si les mesures non médicamenteuses bien conduites sont insuffisantes, les traitements médicamenteux peuvent être envisagés, toujours après évaluation de leur rapport bénéfice/risque.

Si le patient est douloureux, un traitement antalgique efficace est une première étape nécessaire avant d'envisager le recours à un sédatif. Si un traitement sédatif est prescrit, il doit l'être pour une durée brève.

Toutes les règles de prescription sont applicables à domicile et en institution.

• Les neuroleptiques

Il n'est pas recommandé de prescrire des neuroleptiques classiques dans les démences en raison d'un risque élevé d'événements indésirables graves (syndrome extrapyramidal, chute, accident vasculaire cérébral, pneumopathie d'inhalation, syndrome malin des neuroleptiques, décès, etc.).

Un traitement par antipsychotique de dernière génération (clozapine, olanzapine, rispéridone) peut être proposé aux patients présentant des symptômes psychotiques sévères (troubles productifs au contenu effrayant, hallucinations avec comportement agité et détresse qui mettent en danger le patient ou son entourage) si :

- le choix de l'antipsychotique a été fait après une analyse individuelle des bénéfices et des risques¹ ;
- la possibilité de médications alternatives a été évaluée ;
- l'effet des comorbidités (par exemple la dépression) et des comédications a été pris en compte ;
- une information a été donnée si possible au patient ou à l'aidant sur le rapport bénéfice/risque du traitement.

La prescription doit être de courte durée, à dose minimale efficace et réévaluée très régulièrement selon la clinique, au maximum dans les 15 jours.

Dans la maladie d'Alzheimer ou la démence à corps de Lewy, un antipsychotique ne peut être prescrit que chez des patients bénéficiant déjà d'un traitement par inhibiteur de la cholinestérase, sauf en cas de contre-indication ou d'intolérance à ce dernier.

La clozapine a une indication spécifique pour le « traitement des troubles psychotiques survenant au cours de l'évolution de la maladie de Parkinson, en cas d'échec de la stratégie thérapeutique habituelle ». Sa prescription est limitée aux spécialistes (prescription initiale hospitalière annuelle réservée aux spécialistes en psychiatrie, en neurologie et en gériatrie,

¹ L'olanzapine et la rispéridone ne sont pas indiquées dans le traitement de la démence accompagnée de troubles psychotiques et/ou troubles du comportement et leur utilisation chez ce groupe spécifique de patients est déconseillée du fait d'une augmentation du risque de mortalité et d'accidents vasculaires cérébraux.

renouvellement possible par les spécialistes en psychiatrie, neurologie et gériatrie) et nécessite une surveillance hématologique stricte². En raison des similitudes physiopathologiques entre maladie de Parkinson et démence à corps de Lewy, il y a en pratique un usage de la clozapine dans les démences à corps de Lewy.

• Les antidépresseurs

Les antidépresseurs avec des effets anticholinergiques doivent être évités en raison d'un effet délétère possible sur les fonctions cognitives. Les antidépresseurs, notamment les ISRS (inhibiteurs de la recapture de l'acétylcholine estérase) et le moclobémide, sont indiqués dans la dépression des patients atteints de démence, après avoir fait un diagnostic différentiel avec l'apathie.(137)

La présence d'une apathie sans syndrome dépressif ne justifie pas la prescription d'un antidépresseur, qui peut parfois l'accentuer.

Les ISRS sont souvent prescrits en pratique dans les comportements d'agitation, de désinhibition, d'anxiété et d'irritabilité (138), mais il n'existe pas de preuves suffisantes de cette efficacité en dehors du traitement de la dépression.

En cas d'anxiété chronique, les benzodiazépines ne doivent pas être prescrites au long cours et les ISRS sont préconisés conformément aux recommandations sur la prise en charge des troubles anxieux.

La trazodone a montré un intérêt dans certains troubles du comportement de la démence, notamment de type frontotemporale: agitation, déambulation, troubles du comportement alimentaire (134). Ce médicament peut être délivré, à titre exceptionnel, par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), selon la procédure des autorisations temporaires d'utilisation (ATU).

• Les autres traitements

Les données sont insuffisantes pour recommander la prescription des autres classes de psychotropes (thymorégulateurs, benzodiazépines, hypnotiques), en l'absence d'études contrôlées de niveau suffisant de preuve.

Le recours à l'oxazépam ou au méprobamate est parfois envisagé dans les crises aiguës, mais il ne peut s'agir en aucun cas d'un traitement au long cours.

Interventions portant sur le comportement

Les symptômes non cognitifs entraînent une détresse significative ou des comportements à risque.

Ils doivent faire l'objet d'une analyse afin d'identifier les facteurs qui peuvent générer, aggraver ou améliorer de tels comportements. Cette évaluation doit inclure :

- l'état physique du patient ;
- la dépression ;
- les douleurs ;
- la biographie individuelle ;
- les facteurs psychosociaux ;
- les facteurs environnementaux physiques ;
- l'analyse fonctionnelle et des comportements.

La musicothérapie, l'aromathérapie, la stimulation multisensorielle, la rééducation de l'orientation, la *reminiscence therapy*, la thérapie assistée d'animaux, les massages, la thérapie de présence simulée (vidéo familiale) et la luminothérapie pourraient améliorer certains aspects du comportement.

² Une surveillance particulière est nécessaire pendant le traitement : le médecin note sur l'ordonnance que l'hémogramme a été réalisé (date) et que les valeurs observées sont dans les limites des valeurs usuelles, et tient à jour un carnet de suivi fourni au pharmacien par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché.

Annexe 3. Inventaire Neuropsychiatrique – NPI

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994 (26)

Traduction Française P.H.Robert. *Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice – France 1996*

A. IDÉES DÉLIRANTES (NA)

«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 ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses»

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 ?
2. Le patient/la patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?
3. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?
4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des hôtes indésirables vivent sous son toit ?
5. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?
6. Le patient/la patiente croit-il/elle qu'il/elle n'est pas chez lui/elle dans la maison où il/elle habite ?
7. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille ont l'intention de l'abandonner ?
8. 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 sa maison ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)
9. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?

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

FRÉQUENCE

«Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

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**

GRAVITÉ

«Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

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 trouble du comportement (l'utilisation de médicaments «à la demande» indique que les idées délirantes ont un degré de gravité important). **3**

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 **Minimum** 1 **Légèrement** 2 **Modérément** 3 **Sévèrement** 4 **Très sévèrement, extrêmement** 5

B. HALLUCINATIONS (NA)

«Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, 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 ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales ?»

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 avoir des goûts dans la bouche dont on ne connaît pas la cause ?
7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?

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

FRÉQUENCE

«Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

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**

GRAVITÉ

«Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

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

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

Important : les hallucinations sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement. Il peut se révéler nécessaire d'administrer des médicaments «à la demande» pour les maîtriser. **3**

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 **Minimum** 1 **Légèrement** 2 **Modérément** 3 **Sévèrement** 4 **Très sévèrement, extrêmement** 5

C. AGITATION / AGRESSIVITÉ (NA)

«Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ?

Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?»

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 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 ?
- Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation

FRÉQUENCE

«Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

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**

GRAVITÉ

«Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. **1**

Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. **2**

Important : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. **3**

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

D. DÉPRESSION / DYSPHORIE (NA)

«Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ?»

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente pleure facilement ou sanglote, ce qui semblerait indiquer qu'il/elle est triste ?
 2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est triste ou qu'il/elle n'a pas le moral ?
 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 est 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 ?
- Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif

FRÉQUENCE

«Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

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**

GRAVITÉ

«Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. **1**

Moyen : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes dépressifs sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager. **2**

Important : l'état dépressif est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente. **3**

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

E. ANXIÉTÉ (NA)

«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 a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ?»

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 ?
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 périodes 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 circuler en voiture, rencontrer des amis ou se trouver au milieu de la foule ?
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous (ou de la personne qui s'occupe de lui/d'elle) ? (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 ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété

FRÉQUENCE

«Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

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**

GRAVITÉ

«Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. **1**

Moyen : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes d'anxiété sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager. **2**

Important : l'état d'anxiété est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE (NA)

«Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'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) par rapport à son état habituel ?

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 puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?

6. Le patient/la patiente se vante-t-il/elle ou prétend-il/elle avoir plus de qualités ou de richesses qu'il/elle n'en a en réalité ?

7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur/euphorie

FRÉQUENCE

«Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

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**

GRAVITÉ

«Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : l'humeur joyeuse est perçue par les amis et la famille mais ne perturbe pas le patient/ la patiente **1**

Moyen : l'humeur joyeuse est nettement anormale **2**

Important : l'humeur joyeuse est très prononcée ; le patient/la patiente est euphorique et pratiquement tout l'amuse. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

G. APATHIE / INDIFFÉRENCE (NA)

«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 entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ?»

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins spontané(e) ou actif(ve) que d'habitude ?
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ?
3. Par rapport à son état habituel, le patient/la patiente se montre-t-il/elle moins affectueux(se) ou manque-t-il/elle de sentiments ?
4. Le patient/la patiente participe-t-il/elle moins aux tâches ménagères (corvées) ?
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins s'intéresser aux activités et aux projets des autres ?
6. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?
7. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie / indifférence.

FRÉQUENCE

«Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

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**

DEGRÉ DE GRAVITÉ

«Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : l'apathie est perceptible mais a peu de conséquences sur les activités quotidiennes ; la différence est légère par rapport au comportement habituel du patient/de la patiente ; le patient/la patiente réagit positivement lorsqu'on lui suggère d'entreprendre des activités. **1**

Moyen : l'apathie est flagrante ; elle peut être surmontée grâce aux persuasions et encouragements de la personne s'occupant du patient/de la patiente : elle ne disparaît spontanément qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille. **2**

Important : l'apathie est flagrante et la plupart du temps aucun encouragement ni événement extérieur ne parvient à la faire disparaître. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

H. DÉSINHIBITION (NA)

«Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou 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, chose qu'il/elle n'aurait pas faite habituellement ?
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 prend-il/elle des libertés, touche-t-il/elle les gens ou les prend-il/elle dans ses bras d'une façon qui lui ressemble peu ?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition

FRÉQUENCE

«Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

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**

GRAVITÉ

«Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : l'impulsivité est perceptible mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la conseillant. **1**

Moyen : l'impulsivité est flagrante et peut difficilement être surmontée par la personne s'occupant du patient/de la patiente. **2**

Important : l'impulsivité est insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/ de la patiente et est une source de gêne ou d'embarras en société. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

I. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR (NA)

«Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas».

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 ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette irritabilité / instabilité de l'humeur

FRÉQUENCE

«Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

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**

GRAVITÉ

«Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur est perceptible mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la rassurant. **1**

Moyen : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes et peuvent difficilement être surmontées par la personne s'occupant du patient/de la patiente. **2**

Important : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes ; elles sont généralement insensibles à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et sont très éprouvantes. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

«Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ou enrouler de la ficelle ou du fil ?»

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 dans la maison 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 ou des «manies» qu'il recommence sans cesse ?
5. Le patient/la patiente a-t-il/elle des gestes répétitifs comme par exemple tripoter des boutons ou des choses, enrouler de la ficelle, etc. ?
6. Le patient/la patiente a-t-il/elle trop la bougeotte, semble-t-il/elle incapable de rester tranquillement assis(e) ou lui arrive-t-il fréquemment de balancer les pieds ou de tapoter des doigts ?
7. Y-a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant

FRÉQUENCE

«Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

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**

GRAVITÉ

«Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : le comportement moteur aberrant est perceptible mais il a peu de conséquences sur les

activités quotidiennes du patient/de la patiente. **1**

Moyen : le comportement moteur aberrant est flagrant mais il peut être maîtrisé par la personne s'occupant du patient/de la patiente. **2**

Important : le comportement moteur aberrant est flagrant. Il est généralement insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et est très éprouvant. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

K. SOMMEIL (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) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ?»

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 vous réveille durant la nuit ?
5. 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 ?
6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude ?
7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ?
8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil

FRÉQUENCE

«Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

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**

GRAVITÉ

«Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. **1**

Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du caregiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. **2**

Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 Minimum 1 Légèrement 2 Modérément 3 Sévèrement 4 Très sévèrement, extrêmement 5

L. APPÉTIT / TROUBLES DE L'APPÉTIT (NA)

«Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, 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 de mettre par exemple trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?
6. Est-ce que le patient/la a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par exemple 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

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces changements de son appétit ou de sa façon de manger

FRÉQUENCE

«Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

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**

GRAVITÉ

«Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...»

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 et entraînent des fluctuations de poids, sont embarrassants et d'une manière générale perturbent le patient. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 **Minimum** 1 **Légèrement** 2 **Modérément** 3 **Sévèrement** 4 **Très sévèrement, extrêmement** 5

NPI

Nom : Âge : Date de l'évaluation :

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
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
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

Annexe 4. Inventaire Neuropsychiatrique – Réduit (NPI– R)

Le but de l’Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement. Le NPI permet d’évaluer 12 types de comportement différents.

PRÉSENCE :

La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question. Les questions se rapportent aux **changements** de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie ou depuis la dernière évaluation. Si le sujet (votre femme, votre mari, ou la personne que vous aidez) ne présente pas ce trouble, entourez la réponse **NON** et passez à la question suivante.

GRAVITÉ : Si le sujet présente ce trouble entourez la réponse OUI et évaluez la GRAVITÉ du trouble du comportement avec l’échelle suivante : 1. Léger : changement peu perturbant 2. Moyen : changement plus perturbant 3. Important : changement très perturbant	RETENTISSEMENT : Pour chaque trouble du comportement qui est présent, il vous est aussi demandé d’évaluer le RETENTISSEMENT, c’est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l’échelle suivante : 0. Pas du tout 1. Minimum 2. Légèrement 3. Modérément 4. Sévèrement 5. Très sévèrement, extrêmement
---	--

RÉCAPITULATIF

Nom du patient :

Âge :

Date de l’évaluation :

Type de relation avec le patient :

X très proche/ prodigue des soins quotidiens

X proche/ s’occupe souvent du patient

X pas très proche/ donne seulement le traitement ou a peu d’interactions avec le patient

Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Score total			/ 36	/ 60

IDÉES 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 ne sont pas les personnes qu’ils prétendent être ou qu’ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il/elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

HALLUCINATIONS

«Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, 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 ?
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

AGITATION / AGRESSIVITÉ

« Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l’aider ? Est-il difficile de l’amener à faire ce qu’on lui demande ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

DÉPRESSION / 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) ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

ANXIÉTÉ

« 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 a-t-il/elle du mal à rester en place ? A-t-il/elle peur d’être séparé(e) de vous ?»

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ?
(Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille). Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

APATHIE / INDIFFÉRENCE

« Le patient/la patiente semble-il/elle montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

DÉSINHIBITION

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ?
Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ?
Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme par exemple ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

SOMMEIL

« 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)

Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

APPÉTIT / TROUBLES DE L'APPÉTIT

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, 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 (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994

NPI-R : Questionnaire Version Réduite / Traduction Française P.H.Robert- 2000.

Annexe 5. Inventaire Neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)

Instructions

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. Le NPI-ES 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. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

L’INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur les réponses d’un membre de l’équipe soignante impliquée dans le 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. Lorsque vous présentez l’interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants:

Le but de l’interview

Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles

Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres périodes bien définis (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 SELECTION

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, marquez “ NON ” et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s’il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez 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.

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 ne sont pas les personnes qu’ils prétendent être ou qu’ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d’une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m’intéresse, c’est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses »

B. HALLUCINATIONS (NA)

«Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, 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 ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales ? »

C. AGITATION / AGRESSIVITÉ (NA)

« Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

D. DEPRESSION / DYSPHORIE (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

E. ANXIETE (NA)

« 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 a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ». ? »

G. APATHIE / INDIFFERENCE (NA)

« 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 entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ?

H. DESINHIBITION (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ? »

I. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas ».

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ou enrouler de la ficelle ou du fil ? »

K. SOMMEIL (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) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange le sommeil des proches ? »

L. APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT (NA)

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, 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 ? »

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, demandez 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. **Légèrement:**

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.

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 l'élément le plus pertinent à retenir est le score fréquence x Gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique)

D'après Sisco.F., et al 2000 (139)

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

Annexe 6. Fiches de savoir-être et de savoir-faire pour éviter les troubles du comportement dans les moments forts de la journée (CHU de Nice – FFAMCO) (initiative de la Direction Générale de la Santé)

REVEIL / PETIT DEJEUNER

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

TOILETTE

- Prévenir le patient que le moment de la toilette va arriver.
- Choisir le type de toilette adapté au résident.
- Lui demander son accord.
- Privilégier l'autonomie du patient.
- 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.

REPAS

- Respecter le choix du patient 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.

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 relais auprès du patient pendant quelques minutes après le départ du visiteur.

Éviter les visites pendant les repas ou les moments intimes du résident.

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.

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.

Annexe 7. Fiches « A FAIRE » et « NE PAS FAIRE » en cas de troubles du comportement (CHU de Nice – FFAMCO), (initiative de la Direction Générale de la Santé)

DANS TOUS LES CAS : vérifier au préalable que l'apparition du trouble du comportement n'est pas la conséquence d'un trouble somatique ou d'une cause environnementale. Relever les circonstances favorisant l'apparition d'un trouble du comportement. Connaître la personnalité antérieure du résident ainsi que son histoire. **L'agitation/agressivité est une situation d'urgence où toute autre affaire doit cesser.**

OPPOSITION - REFUS DE SOIN

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 patient, 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.

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 les portes permettant l'accès vers l'extérieur ouvertes.

AGITATION

À 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 patient.

À NE PAS FAIRE

Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang froid).
Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...).

Solliciter de façon incessante.
Utiliser des moyens de contention.

AGRESSIVITÉ

À 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 patient.
Appeler le médecin.

À NE PAS FAIRE

Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang froid).
Générer une ambiance anxiogène (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.

DÉLIRES, HALLUCINATIONS

À 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.

À 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.

CRIS

À FAIRE

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

À 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

Annexe 8. Traitement en cas d'urgence. Recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006 (140)

Le contrôle d'un trouble du comportement peut être une priorité si la violence, l'agression ou l'extrême agitation du patient porte atteinte aux biens, met en danger sa vie ou son intégrité physique, ou celle d'une autre personne.

A. Gérer le risque

Les personnels de santé et sociaux qui s'occupent de patients déments devraient identifier, surveiller et prendre en charge les facteurs environnementaux, cliniques et psychosociaux qui sont susceptibles d'entraîner des troubles du comportement. Ces facteurs sont :

- surpopulation
- absence d'intimité
- absence d'activités
- attention de l'équipe soignante inadéquate
- communication pauvre entre l'équipe soignante et le patient
- conflits entre l'équipe soignante et les aidants
- absence de leadership clinique

Les personnels de santé et sociaux devraient être formés pour anticiper les troubles du comportement et les moyens de les prendre en charge, y compris les techniques de désamorçage et de contention physique.

Les professionnels de santé qui utilisent les médicaments pour prendre en charge la violence, l'agitation ou l'extrême agitation des sujets déments devraient :

- avoir reçu une formation pour utiliser correctement les médicaments prescrits dans les troubles du comportement, et plus particulièrement les benzodiazépines et neuroleptiques
- être capable d'évaluer les risques de ces traitements, particulièrement chez les sujets âgés qui peuvent être déshydratés ou physiquement malades
- comprendre les effets cardiorespiratoires de l'administration aiguë des benzodiazépines et des neuroleptiques, et la nécessité de réaliser une titration
- reconnaître l'importance de prendre en charge les patients qui ont reçus ces médicaments, avec surveillance du pouls, pression artérielle et respiration
- être familier avec les techniques de réanimation
- suivre une formation annuelle sur les techniques de réanimation
- comprendre l'importance de maintenir les voies respiratoires non obstruées.

B. Principes du contrôle médicamenteux pour la violence, l'agression et l'agitation extrême

Pour les sujets déments qui présentent un risque significatif pour eux-mêmes ou pour les autres à cause d'un état de violence, d'agression ou d'extrême agitation, une prise en charge immédiate doit être faite en plaçant le sujet dans une endroit sécurisé, avec peu de stimulations, à distance des autres patients.

Les médicaments pour le contrôle de la violence, l'agression et l'extrême agitation doivent être utilisés pour calmer le sujet et réduire les risques de violence et de danger envers lui-même ou autrui, plutôt que pour traiter une condition psychiatrique sous-jacente.

Les professionnels de santé doivent viser à une réponse optimale dans laquelle l'agitation et l'agression sont réduites sans sédation.

Les comportements violents doivent être pris en charge sans la prescription de fortes doses ou d'association des médicaments, plus particulièrement si le sujet dément est vieux ou fragile. La plus petite dose efficace doit être utilisée.

Les médicaments utilisés pour contrôler les troubles du comportement doivent être utilisés avec précaution, plus particulièrement si le sujet dément a été mis à l'écart ,à cause des risques suivants :

- sédation trop importante avec perte de vigilance ;
- problème de communication entre le sujet dément, les aidants et professionnels de santé et sociaux ;
- problèmes spécifiques liés à l'âge, à l'état physique ou la santé mentale du patient.

Les sujets déments qui ont reçu une sédation contre leur volonté et les aidants devraient avoir l'opportunité de discuter de leurs expériences et de recevoir une explication claire et précise sur la décision prise d'instaurer une sédation en urgence, dès que leur capacité de communication est améliorée. La raison devra être notée dans le dossier du patient.

C. Mode d'administration des médicaments

Si un traitement est requis pour contrôler la violence, l'agression et l'extrême agitation, une médication orale doit être proposée avant toute injection.

Si une injection est nécessaire, la voie intramusculaire (IM) est préférée à la voie intraveineuse (IV).

La voie intraveineuse doit être réservée aux circonstances exceptionnelles.

Les signes vitaux doivent être surveillés après un traitement parentéral pour le contrôle de la violence, l'agression et l'agitation extrême. La pression artérielle, le pouls et la respiration doivent être enregistrés à intervalles réguliers définis par une équipe multidisciplinaire jusqu'à reprise de l'activité du patient. Si la personne semble ou est assoupie, une surveillance plus intensive est requise.

D. Médicaments en intramusculaire (IM) pour les troubles du comportement

Si une injection IM est requise pour contrôler des troubles du comportement, le lorazepam, l'halopéridol ou l'olanzapine peuvent être utilisées. Quand cela possible, un seul médicament doit être utilisé de préférence à une association.

Si nécessité d'une sédation rapide, il est recommandé d'utiliser en IM une association halopéridol et lorazepam (*à discuter / pratiques françaises*).

Le diazépam en IM et le chlorpromazine en IM ne sont pas recommandés pour la prise en charge des comportements à risque chez les patients déments.

En cas d'utilisation de l'halopéridol en IM (ou autres antipsychotiques conventionnels en IM) pour troubles du comportement, les professionnels de santé doivent surveiller la survenue de dystonie et de syndrome extrapyramidal. Les sujets déments qui développent des symptômes non cognitifs qui entraînent une détresse significative ou des comportements à risque doivent bénéficier d'une évaluation pour identifier les facteurs qui peuvent survenir. En cas de survenue de ces effets indésirables, plus particulièrement les réactions dystoniques aiguës, l'utilisation d'agents anti-cholinergiques doit être envisagé. En cas d'utilisation de ces agents, les professionnels de santé doivent surveiller une détérioration des fonctions cognitives.

Annexe 9. Recommandations françaises groupe Théma* d'après Benoit *et al* 2005 (141)

- Ne recourir à une approche pharmacologique que si les causes secondaires (environnementales ou somatiques associées) des SPCD ont été traitées et si des interventions non pharmacologiques ont échouées.
- Revoir les prescriptions habituelles et considérer les prises discontinues ou itératives comme inutiles ou nocives
- Documenter les cibles symptomatiques choisies et les impacts attendus avant d'initier le traitement
- Si l'on s'oriente vers une approche pharmacologique, choisir un produit en fonction des symptômes ciblés, du risque d'effets latéraux ; les moins nocifs possibles et des caractéristiques particulières du patient (pathologie concomitante par ex.).
- Privilégier la monothérapie (en dehors du traitement de base que constituent les inhibiteurs de l'Acétylcholinestérase)
- Démarrer à de petites doses, en augmentant prudemment par paliers et maintenir le traitement à la dose efficace la mieux tolérée.
- Si un bénéfice est obtenu, poursuivre le traitement quelques semaines. Si le patient est stable durant cette période débuter la diminution progressive du traitement ou sa prise discontinue.
- Le choix de la forme galénique sera fonction de la compliance du patient (gouttes, velotab ou IM seront préférées si le patient est opposant au traitement).
- Réévaluer fréquemment les signes car les fluctuations sont caractéristiques des SPCD. Une seule évaluation au début et à la fin du traitement peut conduire à mésestimer les troubles comportementaux et souvent ne garantit pas un traitement efficace.
- Si possible, ne modifier qu'un seul traitement à la fois, si de nombreux produits ou approches sont utilisés et se révèlent non efficaces.
- Apprendre au patient et à la famille à repérer les effets positifs et indésirables du traitement

En cas de crise avec agitation et agressivité :

1. **de nature anxieuse** : recourir aux benzodiazépines per os ou en IM selon la compliance du patient ;
2. **de nature psychotique** : si l'intensité est modérée on privilégiera le tiapride per os (en gouttes notamment) ou IM, si l'intensité est forte on aura recours aux antipsychotiques atypiques (gouttes ou forme velotab).

Références bibliographiques

1. International Psychogeriatric Association. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). Northfield: IPA; 2003.
2. Haute Autorité de Santé. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.
3. Lai CK, Arthur DG. Wandering behaviour in people with dementia. *J Adv Nurs* 2003;44(2):173-82.
4. McMinn B, Draper B. Vocally disruptive behaviour in dementia: development of an evidence based practice guideline. *Aging Ment Health* 2005;9(1):16-24.
5. Small GW, Rabins PV, Barry PP, Buckholtz NS, DeKosky ST, Ferris SH, *et al.* Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. *JAMA* 1997;278(16):1363-71.
6. Aalten P, Verhey FR, Boziki M, Bullock R, Byrne EJ, Camus V, *et al.* Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: part I. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007;24(6):457-63.
7. Aalten P, Verhey FR, Boziki M, Brugnolo A, Bullock R, Byrne EJ, *et al.* Consistency of neuropsychiatric syndromes across dementias: results from the European Alzheimer Disease Consortium. Part II. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008;25(1):1-8.
8. Robert PH, Verhey FR, Byrne EJ, Hurt C, De Deyn PP, Nobili F, *et al.* Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. *Eur Psychiatry* 2005;20(7):490-6.
9. Chan DC, Kasper JD, Black BS, Rabins PV. Prevalence and correlates of behavioral and psychiatric symptoms in community-dwelling elders with dementia or mild cognitive impairment: the Memory and Medical Care Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(2):174-82.
10. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA* 2002;288(12):1475-83.
11. Benoit M, Staccini P, Brocker P, Benhamidat T, Bertogliati C, Lechowski L, *et al.* Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer: résultats de l'étude REAL.FR. *Rev Med Interne* 2003;24(Suppl 3):319s-24s.
12. Levy ML, Cummings JL, Fairbanks LA, Bravi D, Calvani M, Carta A. Longitudinal assessment of symptoms of depression, agitation, and psychosis in 181 patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1996;153(11):1438-43.
13. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry* 2000;157(5):708-14.
14. Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989;146(5):577-87.
15. Devanand DP, Jacobs DM, Tang MX, Del Castillo-Castaneda C, Sano M, Marder K, *et al.* The course of psychopathologic features in mild to moderate Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(3):257-63.

16. Byrne DP. BPSD in Europe: a report of the EADC thematic group. *Int Psychogeriatr* 2003;15(Suppl 2):95-6.
17. Ropacki SA, Jeste DV. Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. *Am J Psychiatry* 2005;162(11):2022-30.
18. Levy ML, Miller BL, Cummings JL, Fairbanks LA, Craig A. Alzheimer disease and frontotemporal dementias. Behavioral distinctions. *Arch Neurol* 1996;53(7):687-90.
19. Lindau M, Almkvist O, Johansson SE, Wahlund LO. Cognitive and behavioral differentiation of frontal lobe degeneration of the non-Alzheimer type and Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1998;9(4):205-13.
20. Hope T, Keene J, Gedling K, Fairburn CG, Jacoby R. Predictors of institutionalization for people with dementia living at home with a carer. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13(10):682-90.
21. Soto ME, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, Cantet C, Nourhashemi F, Vellas B. Risk factors for functional decline and institutionalisation among community-dwelling older adults with mild to severe Alzheimer's disease: one year of follow-up. *Age Ageing* 2006;35(3):308-10.
22. Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and burden of care. *Int Psychogeriatr* 2004;16(3):295-315.
23. Donaldson C, Tarrier N, Burns A. The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *Br J Psychiatry* 1997;170:62-8.
24. Sink KM, Covinsky KE, Barnes DE, Newcomer RJ, Yaffe K. Caregiver characteristics are associated with neuropsychiatric symptoms of dementia. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(5):796-803.
25. Caisse Nationale d'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés. *Maladie d'Alzheimer, sa prévalence et les soins délivrés aux malades*. Paris: CNAMTS; 2008.
26. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44(12):2308-14.
27. Robert PH, Medecin I, Vincent S, Staccini P, Cattelin F, Goni S. L'inventaire Neuropsychiatrique: validation de la version française d'un instrument destiné à évaluer les troubles du comportement chez le sujet dément. *L'Année Gériatologique* 1998;5:63-87.
28. Reisberg B, Auer SR, Monteiro IM. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *Int Psychogeriatr* 1996;8(Suppl 3):301-8.
29. Tariot PN, Mack JL, Patterson MB, Edland SD, Weiner MF, Fillenbaum G, et al. The Behavior Rating Scale for Dementia of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. The Behavioral Pathology Committee of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. *Am J Psychiatry* 1995;152(9):1349-57.
30. Verny M, Hugonot-Diener L, Boller F, Devouche E, GRESEV. Echelle d'évaluation des troubles du comportement dans la démence sévère (ECD GRECO). In: Hugonot-Diener L, Barbeau E, Michel BF, Thomas-Anterion C, Robert P. GREMOIRE: tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndrômes apparentés. Marseilles: Solal; 2008. p. 255-60.
31. Cohen-Mansfield J, Deutsch LH. Agitation: Subtypes and Their Mechanisms. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1996;1(4):325-39.
32. Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull* 1988;24(4):709-11.

33. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988;23(3):271-84.
34. Honigfeld G. NOSIE--30: history and current status of its use in pharmacopsychiatric research. In: Pichot P. *Psychological Measurements in Psychopharmacology*. Basel: Karger; 1974. p. 238-263.
35. Spiegel R, Brunner C, Ermini-Funfschilling D, Monsch A, Notter M, Puxty J, *et al.* A new behavioral assessment scale for geriatric out- and in-patients: the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *J Am Geriatr Soc* 1991;39(4):339-47.
36. Zarit SH, Zarit J. The memory and behavior problems checklist and the burden interview. University Park: Pennsylvania State University; 1987.
37. González-Salvador MT, Arango C, Lyketsos CG, Barba AC. The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(9):701-10.
38. Hooker K, Bowman SR, Coehlo DP, Lim SR, Kaye J, Guariglia R, *et al.* Behavioral change in persons with dementia: relationships with mental and physical health of caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002;57(5):453-60.
39. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA* 1999;282(23):2215-9.
40. Robert P, Benoit M. Bases neuroanatomiques des comportements et émotions. *EMC Psychiatrie* 2001;37-530-A-15.
41. Hirono N, Mega MS, Dinov ID, Mishkin F, Cummings JL. Left frontotemporal hypoperfusion is associated with aggression in patients with dementia. *Arch Neurol* 2000;57(6):861-6.
42. Kotria KJ, Chacko RC, Harper RG, Jhingran S, Doody RS. SPECT findings on psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1995;152(10):1470-5.
43. Mega MS, Lee L, Dinov ID, Mishkin F, Toga AW, Cummings JL. Cerebral correlates of psychotic symptoms in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;69(2):167-71.
44. Benoit M, Koulibaly PM, Migneco O, Darcourt J, Pringuey DJ, Robert PH. Brain perfusion in Alzheimer's disease with and without apathy: a SPECT study with statistical parametric mapping analysis. *Psychiatry Res* 2002;114(2):103-11.
45. Migneco O, Benoit M, Koulibaly PM, Dygai I, Bertogliati C, Desvignes P, *et al.* Perfusion brain SPECT and statistical parametric mapping analysis indicate that apathy is a cingulate syndrome: a study in Alzheimer's disease and nondemented patients. *Neuroimage* 2001;13(5):896-902.
46. Cummings JL, Back C. The cholinergic hypothesis of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998;6:S64-S78.
47. Rosler M. The efficacy of cholinesterase inhibitors in treating the behavioural symptoms of dementia. *Int J Clin Pract Suppl* 2002;(127):20-36.
48. Wilkinson DG, Hock C, Farlow M, van BB, Schwalen S. Galantamine provides broad benefits in patients with 'advanced moderate' Alzheimer's disease (MMSE < or = 12) for up to six months. *Int J Clin Pract* 2002;56(7):509-14.
49. Low LF, Brodaty H, Draper B. A study of premorbid personality and behavioural and psychological symptoms of dementia in nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17(8):779-83.
50. Meins W, Frey A, Thiesemann R. Premorbid personality traits in Alzheimer's disease: do they predispose to noncognitive behavioral symptoms? *Int Psychogeriatr* 1998;10(4):369-78.

51. Burgio LD, Butler FR, Roth DL, Hardin JM, Hsu CC, Ung K. Agitation in nursing home residents: the role of gender and social context. *Int Psychogeriatr* 2000;12(4):495-511.
52. Lawlor BA. Environmental and social aspects of behavioral disturbances in dementia. *Int Psychogeriatr* 1996;8(Suppl 3):259-61.
53. Sloane PD, Hoeffler B, Mitchell CM, McKenzie DA, Barrick AL, Rader J, *et al.* Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(11):1795-804.
54. Barton S, Findlay D, Blake RA. The management of inappropriate vocalisation in dementia: a hierarchical approach. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(12):1180-6.
55. Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gériatologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Paris: DGS; 2007.
56. Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles. Outil bientraitance 2007. <http://www.mobiqua.fr/Outil_Bientraitance.html> .
57. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La bientraitance: définition et repères pour la mise en oeuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: ANESM; 2008.
58. Proctor R, Burns A, Powell HS, Tarrier N, Faragher B, Richardson G, *et al.* Behavioural management in nursing and residential homes: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;354(9172):26-9.
59. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(5):657-64.
60. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. Paris: ANAES; 2003.
61. Zarit SH, Stephens MA, Townsend A, Greene R. Reduction for family caregivers: effects of adult day care use. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998;53(5):S267-S277.
62. Hepburn KW, Tornatore J, Center B, Ostwald SW. Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(4):450-7.
63. Donaldson C, Tarrier N, Burns A. Determinants of carer stress in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13(4):248-56.
64. Ayalon L, Gum AM, Feliciano L, Arian PA. Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a systematic review. *Arch Intern Med* 2006;166(20):2182-8.
65. Callahan CM, Boustan MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, *et al.* Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;295(18):2148-57.
66. Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A. Bathing: a framework for intervention focusing on psychosocial, architectural and human factors considerations. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;45(2):121-35.
67. Calleson DC, Sloane PD, Cohen LW. Effectiveness of mailing "Bathing Without a Battle" to all US nursing homes. *Gerontol Geriatr Educ* 2006;27(1):67-79.

68. Buhr GT, White HK. Difficult behaviors in long-term care patients with dementia. *J Am Med Dir Assoc* 2006;7(3):180-92.
69. McDaniel JH, Hunt A, Hackes B, Pope JF. Impact of dining room environment on nutritional intake of Alzheimer's residents: a case study. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2001;16(5):297-302.
70. McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, Vitiello MV, Teri L. Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(5):793-802.
71. Leone E, Deudon A, Maubourguet N, Gervais X, Robert PH. Methodological Issues in the Non Pharmacological Treatment of BPSD in Nursing Home: The TNM Study. *J Nutr Health Aging* 2009;13(3):260-3.
72. Vellas B, Gauthier S, Allain H, Andrieu S, Aquino JP, Berrut G, *et al.* Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère. *Presse Med* 2005;34(20 Pt 1):1545-55.
73. California Workgroup on guidelines for Alzheimer's disease management. Guideline for Alzheimer's Disease Management. Chicago: Alzheimer's Association; 2002.
74. Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, *et al.* Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56(9):1154-66.
75. Health Council of the Netherlands. Dementia. La Haye: HHCN; 2002.
76. Patterson C, Gauthier S, Bergman H, Cohen C, Feightner JW, Feldman H, *et al.* The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *Can J Neurol Sci* 2001;28(Suppl 1):S3-S16.
77. Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI, Pearson ML, Della Penna RD, Ganiats TG, *et al.* The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2006;145(10):713-26.
78. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG, Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005;162(11):1996-2021.
79. Benoit M, Robert PH, Staccini P, Brocker P, Guerin O, Lechowski L, *et al.* One-year longitudinal evaluation of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. The REAL.FR Study. *J Nutr Health Aging* 2005;9(2):95-9.
80. Deudon A, Maubourguet N, Gervais X, Leone E, Brocker P, Carcaillon L, *et al.* Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009.
81. Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD003260.
82. Sitzer DI, Twamley EW, Jeste D. Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114(2):75-90.
83. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, *et al.* Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003;183(3):248-54.
84. Onder G, Zanetti O, Giacobini E, Frisoni GB, Bartorelli L, Carbone G, *et al.* Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2005;187(5):450-5.

85. Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Reality orientation for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(4):CD001119.
86. Verkaik R, van Weert JC, Francke AL. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(4):301-14.
87. Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001120.
88. Feil DG. The validation breakthrough. Simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's type dementia. Baltimore: Health professions press; 1993.
89. Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85(10):1694-704.
90. Luijpen MW, Scherder EJ, Van Someren EJ, Swaab DF, Sergeant JA. Non-pharmacological interventions in cognitively impaired and demented patients--a comparison with cholinesterase inhibitors. *Rev Neurosci* 2003;14(4):343-68.
91. Lindemuth G, Moose B. Improving cognitive abilities of elderly Alzheimer's disease patients with intense exercise therapy. *Am J Alzheimer's Care Rel Disord Res* 1990;5(1):31-3.
92. Marx MS, Werner P, Cohen-Mansfield J. Agitation and touch in the nursing home. *Psychol Rep* 1989;64(3 Pt 2):1019-26.
93. Thorgrimsen L, Spector A, Wiles A, Orrell M. Aroma therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD003150.
94. Vink AC, Birks JS, Scholten RJPM. Music therapy for people with dementia (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD003477.
95. Kim S, Song HH, Yoo SJ. The effect of bright light on sleep and behavior in dementia: an analytic review. *Geriatr Nurs* 2003;24(4):239-43.
96. Skjerve A, Bjorvatn B, Holsten F. Light therapy for behavioural and psychological symptoms of dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19(6):516-22.
97. Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, *et al*. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290(15):2015-22.
98. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Paris: ANAES; 2000.
99. Wild R, Pettit T, Burns A. Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD003672.
100. Holmes C, Wilkinson D, Dean C, Vethanayagam S, Olivieri S, Langley A, *et al*. The efficacy of donepezil in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease. *Neurology* 2004;63(2):214-9.
101. Cummings JL, Mackell J, Kaufer D. Behavioral effects of current Alzheimer's disease treatments: a descriptive review. *Alzheimers Dement* 2008;4(1):49-60.
102. Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt HP, van den BH. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2005;331(7512):321-7.
103. Burns A, Gauthier S, Perdomo C. Efficacy and safety of donepezil over 3 years: an open-label, multicentre study in patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(8):806-12.

104. Vidal JS, Lacombe JM, Dartigues JF, Pasquier F, Robert P, Tzourio C, *et al.* Memantine therapy for Alzheimer disease in real-world practice: an observational study in a large representative sample of French patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2008;22(2):125-30.
105. McShane R, Areosa SA, Minakaran N. Memantine for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD003154.
106. Gauthier S, Loft H, Cummings J. Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: a pooled data analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23(5):537-45.
107. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Saint-Denis: AFSSAPS; 2006.
108. Baldwin RC, Anderson D, Black S, Evans S, Jones R, Wilson K, *et al.* Guideline for the management of late-life depression in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(9):829-38.
109. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 2005;293(5):596-608.
110. Lebert F, Pasquier F, Petit H. Behavioral effects of trazodone in Alzheimer's disease. *J Clin Psychiatry* 1994;55(12):536-8.
111. Moretti R, Torre P, Antonello RM, Cazzato G, Bava A. Frontotemporal dementia: paroxetine as a possible treatment of behavior symptoms. A randomized, controlled, open 14-month study. *Eur Neurol* 2003;49(1):13-9.
112. Schatzberg AF, Kremer C, Rodrigues HE, Murphy GM, Jr., Mirtazapine vs. Paroxetine Study Group. Double-blind, randomized comparison of mirtazapine and paroxetine in elderly depressed patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10(5):541-50.
113. Sobow TM, Maczkiewicz M, Kloszewska I. Tianeptine versus fluoxetine in the treatment of depression complicating Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16(11):1108-9.
114. McKeith I, Cummings J. Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol* 2005;4(11):735-42.
115. McKeith I, Fairbairn A, Perry R, Thompson P, Perry E. Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of Lewy body type. *BMJ* 1992;305(6855):673-8.
116. Schneider LS, Pollock VE, Lyness SA. A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. *J Am Geriatr Soc* 1990;38(5):553-63.
117. Lonergan ET, Luxenberg J, Colford J. Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD002852.
118. Ballard C, Waite J. Atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD003476.
119. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005;294(15):1934-43.
120. Herrmann N, Lanctot KL. Do atypical antipsychotics cause stroke? *CNS Drugs* 2005;19(2):91-103.
121. Liperoti R, Gambassi G, Lapane KL, Chiang C, Pedone C, Mor V, *et al.* Cerebrovascular events among elderly nursing home patients treated with conventional or atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2005;66(9):1090-6.
122. Gill SS, Rochon PA, Herrmann N, Lee PE, Sykora K, Gunraj N, *et al.* Atypical

antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2005;330(7489):445.

123. Dommissive CS, Devane CL. Buspirone: a new type of anxiolytic. *Drug Intell Clin Pharm* 1985;19(9):624-8.

124. Ramchandani D, López-Muñoz F, Alamo C. Meprobamate-tranquilizer or anxiolytic? A historical perspective. *Psychiatr Q* 2006;77(1):43-53.

125. Konovalov S, Muralee S, Tampi RR. Anticonvulsants for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr* 2008;20(2):293-308.

126. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD005593.

127. Trinh NH, Hoblyn J, Mohanty S, Yaffe K. Efficacy of cholinesterase inhibitors in the treatment of neuropsychiatric symptoms and functional impairment in Alzheimer disease: a meta-analysis. *JAMA* 2003;289(2):210-6.

128. Birks J, Flicker L. Donepezil for mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(3):CD006104.

129. Loy C, Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD001747.

130. Robinson L, Hutchings D, Corner L, Beyer F, Dickinson H, Vanoli A, *et al.* A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. *Health Technol Assess* 2006;10(26):1-108.

131. Neal M, Barton Wright P. Validation therapy for dementia (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD001394.

132. Chung JC, Lai CK, Chung PM, French HP. Snoezelen for dementia.

Cochrane Database Syst Rev 2002;(4):CD003152.

133. Weintraub D, Katz IR. Pharmacologic interventions for psychosis and agitation in neurodegenerative diseases: evidence about efficacy and safety. *Psychiatr Clin North Am* 2005;28(4):941-83.

134. Martínón-Torres G, Fioravanti M, Grimley EJ. Trazodone for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD004990.

135. Katz I, De Deyn PP, Mintzer J, Greenspan A, Zhu Y, Brodaty H. The efficacy and safety of risperidone in the treatment of psychosis of Alzheimer's disease and mixed dementia: a meta-analysis of 4 placebo-controlled clinical trials. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(5):475-84.

136. Lonergan ET, Cameron M, Luxenberg J. Valproic acid for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD003945.

137. Bains J, Birks JS, Denning TR. The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(4):CD003944.

138. Burke WJ, Dewan V, Wengel SP, Roccaforte WH, Nadolny GC, Folks DG. The use of selective serotonin reuptake inhibitors for depression and psychosis complicating dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12(5):519-25.

139. Sisco F, Taurel M, Lafont V, Bertogliati C, Baudu C, Girodani JY, *et al.* Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. *L'Année Gériatologique* 2000;14:151-71.

140. National Institute for Health and Clinical Excellence. Dementia Supporting people with dementia and their carers in health and social care. Londres: NICE; 2006.

141. Benoit M, Brocker P, Clement JP, Cnockaert X, Hinault P, Nourashemi F. Pratique neurologique. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge. Rev Neurol 2005;161(3):357-66.

Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)*
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)*
- Association des neurologues libéraux de langue française (ANLLF)*
- Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE)*
- Collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR)
- Collège national des généralistes enseignants (CNGE)*
- Collège de soignants de la société française de gériatrie et de gériatrie (CSSFGG)
- Collège français de médecine d'urgence (CFMU)*
- Collège professionnel des gériatres français (CPGF)*
- Direction générale de la santé (DGS)*
- Fédération française de neurologie (FFN)*
- Fédération française de psychiatrie (FFP)*
- Fédération française des psychomotriciens (FFP)*
- Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ffamco-Ehpad)*
- France Alzheimer*
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- Organisme agréé Prat-Psy du Collège national universitaire de psychiatrie (OA Prat-Psy – Cnup)*
- Plan Alzheimer
- Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar)*
- Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG)*
- Société française de gériatrie et gériatrie (SFGG)*
- Société française de médecine générale (SFMG)
- Société française de médecine d'urgence (SFMU)*
- Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG)
- Société française de neurologie (SFN)*
- Société française de pharmacie clinique (SFPC)*
- Société de psychogériatrie de langue française (SPLF)*

(*) Un représentant de cet organisme a participé à au moins l'un des groupes suivants : comité d'organisation, groupe de travail, groupe de lecture.

Comité d'organisation

- Dr Carlet Jean, directeur-adjoint DAQSS, HAS, Saint-Denis
- Dr Desplanques Armelle, chef de service UPP, HAS, Saint-Denis
- Dr Dosquet Patrice, chef de service SBPP, HAS, Saint-Denis
- Mme Izard Valérie, chef de projet SEM, HAS, Saint-Denis
- Dr Laurence Michel, chef de projet SBPP, HAS, Saint-Denis
- Mme Lombry Yasmine, aide-documentaliste, service documentation, HAS, Saint-Denis
- Dr Revel-Delhom Christine, chef de projet SBPP, HAS, Saint-Denis
- Mme Riolacci Nathalie, chef de projet, UPP, HAS, Saint-Denis

- Pr Bakchine Serge, neurologue, Reims
- Dr Batard Éric, médecin urgentiste, Rezé
- Dr Bazin Nadine, psychiatre, Versailles
- Dr Benoît Michel, psychiatre, Nice
- Pr Carpentier Françoise, médecin urgentiste, Grenoble
- Pr Chassagne Philippe, gériatre, Rouen
- Dr De Facq Pierre, neurologue, Armentières
- Dr Deguines Catherine, Afssaps, Saint-Denis
- Dr Delabrousse-Mayoux Jean-Philippe, neurologue, Bergerac

- M. Dupont Olivier, DGS, Paris
- Dr Gervais Xavier, médecin coordonnateur en EHPAD, Le Bouscat
- M. Lefèvre Christophe, psychomotricien, Corneilles-en-Parisis
- Dr Legrain Sylvie, gériatre, Paris
- Dr Lequeux Yves, médecin généraliste, Saint-Père-en-Retz
- Pr Mantz Jean, anesthésiste-réanimateur, Clichy

Dr Maubourguet Nathalie, médecin
coordonnateur en EHPAD, Pessac
Dr Micas Michèle, psychiatre, représentante de
France Alzheimer, Paris
Pr Nourhashemi Fati, gériatre, Toulouse
Dr Parayre Claudine, Anesm, Saint-Denis

M. Romeu Serge, ergothérapeute, Fontenay-
sous-Bois
Dr Verstichel Patrick, neurologue, Créteil
Dr Viallet François, neurologue, Aix-en-
Provence

Groupe de travail

Pr Nourhashemi Fati, gériatre, Toulouse - président du groupe de travail
Dr Benoît Michel, psychiatre, Nice - chargé de projet
Dr Laurence Michel, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Dr Aquino Jean-Pierre, gériatre, Versailles
Dr Bazin Nadine, psychiatre, Versailles
Mme Benquet Sophie, aide-soignante, Mazion
Dr Chansiaux-Bucalo Christine, gériatre, Paris
M. Kalfat Hadj, ergothérapeute, Limoux
Pr Le Mauff Pierre, médecin généraliste,
Tréguier
Dr Lequeux Yves, médecin généraliste, Saint-
Père-en-Retz
Dr Micas Michèle, psychiatre, représentante de
France Alzheimer, Paris

Melle Michel Séverine, psychomotricienne,
Septeuil
Dr Pellerin Jérôme, gériatre, Ivry-sur-Seine
Melle Peyrière Hélène, pharmacien,
Montpellier
Dr Reynaud-Levy Odile, gériatre, médecin
coordonnateur en EHPAD, Marseille
Dr Romatet Sophie, neurologue, Saint-
Germain-en-Laye

Groupe de lecture

Dr Arbus Christophe, psychiatre, Toulouse
Pr Bail Philippe, médecin généraliste, Lannion
Dr Barrellon Marie-Odile, gériatre, Saint-
Chamond
Mme Beauchamp Dominique, orthophoniste,
représentante de France Alzheimer, Tours
Dr Bedoucha Pierre, neurologue, Nice
Pr Belmin Joël, gériatre, Ivry-sur-Seine
Mme Birot Alcouffe Anaïk, psychologue,
Pessac
Dr Blin Jérôme, neurologue, Paris
Pr Bonin-Guillaume Sylvie, gériatre, Marseille
Mme Bourrellis Catherine, ergothérapeute,
Paris
Dr Brudon Frédérique, neurologue,
Villeurbanne
Dr Busseuil Catherine, médecin urgentiste,
Montélimar
Pr Camus Vincent, psychiatre, Tours
Dr Caparros-Lefebvre, neurologue, Wattrelos
Pr Clément Jean-Pierre, psychiatre, Limoges
M. Devevey Alain, orthophoniste, Lyon
Pr Doucet Jean, gériatre, Rouen
Melle Draillard Anne, ergothérapeute,
Montpellier
Dr Ebrard Alain, gériatre, Pessac
Dr Faure-Dressy Françoise, gériatre, Saint-
Étienne
Pr Godefroy Olivier, neurologue, Amiens
Pr Gomes José, médecin généraliste, Mornac
Dr Haglon Duchemin Corinne, gériatre,
médecin coordonnateur en EHPAD, Saint-
Maur-des-Fossés
Dr Hazif-Thomas Cyril, psychiatre, Quimperlé
Dr Homeyer Pascale, neurologue, Aubenas

Mme Houdant Anne, ergothérapeute, Paris
Pr Huez Jean-François, médecin généraliste,
Trelazé
Dr Hugonot-Diener Laurence, gériatre, Paris
Melle Hynaux Isabelle, ergothérapeute,
Besançon
Dr Jacquin-Mourain Nicole, gériatre, Paris
Pr Jalenques Isabelle, psychiatre, Clermont-
Ferrand
M. Lamarche Jean, pharmacien d'officine,
Paris
Dr Lenoc-Soudani Martine, gériatre, Paris
Dr Maheut-Bosser Anne, psychogériatre,
Nancy
Dr Marais Patrick, médecin généraliste,
Tillières
Dr Neuschwander Philippe, neurologue, Lyon
M. Nouvel Fabrice, ergothérapeute, Nîmes
Dr Nubupko Philippe,
psychiatre/psychogériatre, Saint-Vaury
Dr Oddos Bernard, gériatre, Soulac-sur-Mer
Dr Pain Laure, anesthésiste-réanimateur,
Strasbourg
Dr Patat Georges, gérontologue, Maurepas
M. Personne Michel, psychologue, Tours
Dr Petit Michel, psychiatre, Sotteville-les-
Rouen
Dr Petitpré Jean, gériatre, représentant de
France Alzheimer, Paris
Dr Planques Bernard, gériatre, Septeuil
Dr Poch Bernard, psychogériatre, Dax
Pr Rainfray Muriel, gériatre, Bordeaux
Pr Rigaud Anne-Sophie, gériatre, Paris
Pr Robert Philippe, psychiatre, Nice
Dr Roche Jean, psychogériatre, Lille

Mme Rose Séverine, psychologue, Paris
M. Rousseau Thierry, orthophoniste, Sablé-sur-Sarthe
Dr Ruault Geneviève, médecin généraliste, Saint-Cloud
M. Semenzato Patrick, chef de projet, HAS, Saint-Denis
Dr Soto-Martin Maria-Eugénia, gériatre, Toulouse
Dr Stillmunkés André, médecin généraliste, Toulouse

Dr Strubel Denise, neurogériatre, Nîmes
Dr Thomas-Antérion Catherine, neurologue, Saint-Étienne
Dr Tougeron Ariane, neurologue, Poissy
Melle Truptil Amélie, psychomotricienne, Paris
Pr Vellas Bruno, gériatre, Toulouse
Pr Verny Marc, gériatre, Paris
Dr Vetel Jean-Marie, gériatre, Le Mans
Mme Vincent Christine, juriste, HAS, Saint-Denis

