

Université René Descartes – Paris V
Faculté Cochin-Port Royal

Dr Arnaud BOURJALLIAT

TECHNIQUES DE SOINS NON
MÉDICAMENTEUSES APPROPRIÉES AUX
SPCD PERTURBATEURS, À VISEE
INDIVIDUELLE, EN SITUATION AIGUE EN
EHPAD

Diplôme Inter Universitaire de Médecin Coordonnateur en EHPAD

Directeur de Mémoire

Année Universitaire 2011-2012

Docteur Christophe Mazoyer

PH Gériatre,

Groupe Hospitalier Sud Réunion

INTRODUCTION	1
RAPPELS ET DEFINITIONS	2
1. Syndrome démentiel	2
2. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.....	2
3. SPCD perturbateurs.....	3
3.1 SPCD.....	3
3.2 SPCD perturbateurs.....	5
4. Présentation des SPCD perturbateurs.....	6
4.1 Les symptômes psychologiques perturbateurs.....	6
4.1.1 Idées délirantes.....	6
4.1.2 Hallucinations.....	6
4.2 Les symptômes comportementaux perturbateurs.....	7
4.2.1 L'opposition.....	7
4.2.2 L'agitation.....	7
4.2.3 L'agressivité.....	7
4.2.4 Les cris et les comportements vocaux inadaptes.....	8
4.2.5 Comportements moteurs aberrants.....	8
4.2.6 Désinhibition.....	8
4.2.7 Comportement envahissant.....	9
LES INTERVENTIONS NON MEDICAMENTEUSES A VISEE INDIVIDUELLE, EN SITUATION AIGUE, EN CAS DE SPCD PERTURBATEUR	11
1. Gestion d'un SPCD précis chez un patient donné par des attitudes soignantes et relationnelles personnalisées, dans le cadre d'actions de formation des professionnels selon l'IPA.....	11
1.1. Introduction.....	11
1.2. Les approches générales.....	12
1.3. Les approches spécifiques.....	13
1.3.1.Recommandations pour la gestion en situation aigue en cas d'agitation et d'agressivité.....	13
1.3.2.Recommandations pour la gestion en situation aigue en cas de questions ou de gestes répétitifs.....	14
1.3.3.Recommandations pour la gestion en situation aigue en cas de comportement sexuel inapproprié	15
1.3.4.Recommandations pour la gestion en situation aigue en cas de déambulation	16
1.3.5.Hallucinations et idées délirantes et	16
2. Gestion d'un SPCD, selon l'étude TNM-EHPAD.....	17

2.1.	Introduction.....	17
2.2.	Recommandations pour la gestion en situation aigue en cas de spcd perturbateur précis.....	18
2.2.1.	Approche générale.....	18
2.2.2.	Approches spécifiques.....	18
A.	En cas d'opposition, de refus de soins.....	18
b.	En cas de comportement moteur aberrant.....	19
c.	En cas d'agitation.....	19
d.	En cas d'agressivité.....	20
e.	En cas de délires , d'hallucinations.....	21
f.	En cas de cris.....	21
2.3.	Recommandations pour gérer des SPCD en situation aigue par des animations Flash.....	22
2.3.1.	Recommandations générales.....	22
2.3.2.	les différentes animations flash.....	22
a.	L'animation actualité.....	22
b.	L'animation photos souvenir.....	23
c.	L'animation bien-être.....	23
d.	L'animation activité manuelle.....	23
e.	L'animation promenade.....	23
f.	L'animation flash musique.....	24
g.	Animation flash relaxation et respiration.....	24
h.	L'animation flash défouloir.....	24
 DISCUSSION SUR LES RECOMMANDATIONS DE L'IPA ET SUR LA STRATEGIE DE FORMATION DE L'ETUDE TNM-EHPAD.....		25
1.	A PROPOS DES RECOMMANDATIONS DE L'IPA.....	25
2.	A PROPOS DE LA TRATEGIE DE FORMATION DE L'ETUDE TNM-EHPAD.....	25
2.1	INTRODUCTION.....	25
2.2	LES RESULTATS DE L'ETUDE ET REMARQUES.....	27
 CONCLUSION.....		30

INTRODUCTION

Certains symptômes psychologiques et comportementaux des démences (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) ou SPCD peuvent provoquer des désordres, entraver le bon déroulement de certaines activités de la vie de l'EHPAD. Ils sont dits perturbateurs.

Leur gestion en situation aigue peut être particulièrement délicate pour les équipes soignantes.

Les traitements psychotropes sont souvent en première ligne pour ces troubles, malgré leur faible efficacité. Leur sur-prescription est un problème majeur et leurs effets secondaires sont non négligeables.

L'HAS recommande d'utiliser en première intention des techniques de soins non médicamenteuses appropriées au SPCD. Elles peuvent permettre d'éviter le recours à des traitements médicamenteux.

Alors peut-on par une prise en charge non médicamenteuse diminuer, voire supprimer des SPCD perturbateurs en situation aigue ?

Après avoir défini avec précision les SPCD perturbateurs, nous apporterons des réponses en nous intéressant à la gestion de ce type de symptômes par des attitudes soignantes et relationnelles personnalisées, les interventions étant possible après formation (NB : nous avons pris le parti de ne pas traiter le thème des contentions).

Nous décrirons dans un premier temps les interventions non médicamenteuses à visée individuelle permettant de gérer des SPCD en situation aigue préconisées par l'International Psychogeriatric Association puis par l'équipe de l'étude TNM-EHPAD.

Puis nous discuterons de leur intérêt et de leur pertinence respective à répondre à notre problématique.

RAPPELS ET DEFINITIONS

1. SYNDROME DEMENTIEL

Le syndrome démentiel correspond à la définition médicale suivante : troubles des fonctions cognitives (mémoire, langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives, etc...) suffisamment importants pour retentir sur la vie quotidienne et durant depuis au moins 6 mois (DSM IV TR).

2. MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTEES :

La maladie d'Alzheimer est la première étiologie des syndromes démentiels et en représente au moins les 2/3 des cas.

Les autres causes fréquentes de syndrome démentiel sont : la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy, la démence compliquant la maladie de Parkinson, la dégénérescence lobaire fronto-temporale.

Une faible proportion des syndromes démentiels (1.5% des cas), est de cause curable et légitime un diagnostic différentiel.

3. SPCD PERTURBATEURS

3.1 LES SPCD :

Longtemps englobés sous les termes de troubles du comportement, de troubles psychiatriques ou neuropsychiatriques, les SPCD sont définis comme des symptômes de distorsion de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement.

Ils sont fréquemment observés chez les patients présentant une démence (1). Ils présentent un décalage avec le fonctionnement antérieur.

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 ayant des conséquences spécifiques sur l'adaptation et le pronostic fonctionnel.

Les SPCD ont une origine multifactorielle (tableau 1).

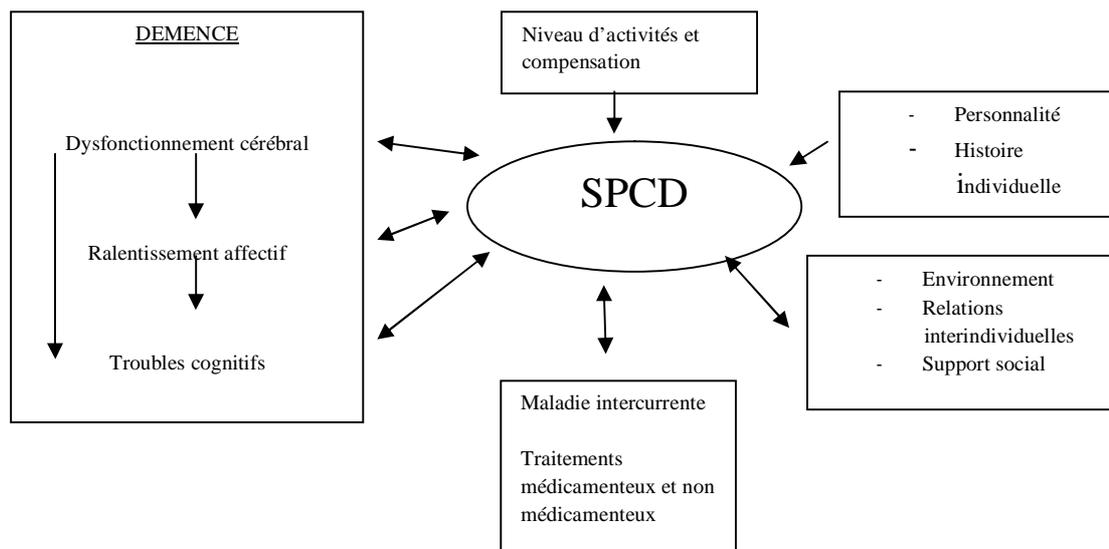


Tableau 1 : origine multifactorielle des SPC

Les symptômes psychologiques sont :

- les idées délirantes
- les hallucinations
- les troubles de l'identification
- l'humeur dépressive
- l'anxiété

Les symptômes comportementaux sont :

- l'opposition
- l'agitation
- l'agressivité
- les cris
- les comportements moteurs aberrants
- la désinhibition
- les comportements envahissants

La fréquence des SPCD tend généralement à augmenter avec la sévérité du déficit cognitif, même si des pics peuvent survenir à des moments particuliers de l'évolution (2).

Les symptômes les plus fréquents dans les formes légères à modérées sont l'apathie (jusqu'à 50 % des patients), les symptômes dépressifs (40-50 %), l'agitation et l'agressivité. Les symptômes affectifs (dépression/dysphorie, anxiété, exaltation de l'humeur/euphorie, irritabilité/instabilité de l'humeur) ou les signes psychotiques (idées délirantes (par ex. vol, préjudice, persécution), hallucinations) sont souvent épisodiques, mais récurrents dans environ 2/3 des cas (3, 2, 4).

Les SCPD peuvent varier selon le type de démence. Les hallucinations surviennent dans 80 % des démences à corps de Lewy (5). Les comportements impulsifs et la désinhibition sont plus fréquents dans les démences fronto-temporales.

3.2 SPCD PERTURBATEURS :

Certains symptômes peuvent être dérangeants, dangereux pour autrui, perturbateurs (ces critères sont jugés par l'entourage du patient).

L'adjectif « perturbateurs » introduit l'idée que les symptômes provoquent un désordre, cause un trouble, entrave le bon déroulement de certaines activités, de la vie en EHPAD.

Classiquement dans la littérature sont rapportés comme perturbateurs les SPCD suivant : les idées délirantes, les hallucinations, l'opposition, l'agitation, l'agressivité, les comportements moteur aberrant, les cris, la désinhibition.

Groupe I	Groupe II	Groupe III
(Les plus fréquents/ Les plus éprouvants)	(relativement fréquents/ relativement éprouvants)	(moins fréquents/ prise en charge possible)
Psychologiques	Psychologiques	Comportementaux
Délires	Troubles de l'identification	Pleurs
Hallucinations		Jurons
Humeur dépressive	Comportementaux	Questions répétitives
Insomnie	Agitation	Poursuite incessante d'un
Anxiété	Comportement contraire aux convenances et	proche Manque d'entrain
Comportementaux	désinhibition	
Agression physique	Cris	
Errance	Allées et venues	
Impatience		

Tableau 2 : classement par groupe des SPCD selon l'IPA

4. PRESENTATION DES SPCD PERTURBATEURS (A L'EXCLUSION DES SYMPTOMES DE RETRAIT ET DEFICITAIRES)

4.1 LES SYMPTOMES PSYCHOLOGIQUES PERTURBATEURS

4.1.1 Idées délirantes

Ce sont des idées en opposition avec la réalité qui entraînent l'adhésion du sujet.

Les délires survenant chez les patients déments se présentent sous différentes formes, et se déclinent en cinq thèmes typiques dans la démence (principalement dans les cas de démence de type Alzheimer): le patient croit qu'il se fait voler des objets, qu'il occupe un domicile qui n'est pas le sien, il ressent un sentiment d'abandon, ou encore un sentiment d'infidélité et enfin cinquième thème typique le conjoint (ou autre aidant) est perçu comme un imposteur.

Au moins deux études semblent indiquer que les délires constituent un facteur de risque d'agressivité physique (6).

4.1.2 Hallucinations

Ce sont des perceptions sensorielles sans objet réel.

Les hallucinations perturbent la faculté des patients souffrant de démence à comprendre le monde extérieur.

Ce phénomène peut altérer la capacité à accomplir des activités de la vie quotidienne et peut nuire à la relation avec les aidants.

4.2 LES SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX PERTURBATEURS

4.2.1 L'opposition

L'opposition correspond au refus par le patient des soins, de l'alimentation, d'assurer son hygiène, de respecter les règles sociales, et de coopérer.

Elle est parfois interprétée à tort comme de l'agressivité ou un désir de nuire.

Ce type de comportement apparaît habituellement à un stade précoce de la démence vasculaire et à une phase relativement tardive de la maladie d'Alzheimer.

L'établissement d'une routine quotidienne peut s'avérer utile afin de surmonter la résistance du patient à recevoir des soins.

4.2.2 L'agitation

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).

4.2.3 L'agressivité

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 à un danger pour l'environnement ou pour le patient lui-même.

L'agressivité peut être la conséquence de l'agitation.

4.2.4 Les cris ou les comportements vocaux inadaptés

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.

Ils sont plus fréquents en cas de démence sévère avec un haut degré de dépendance.

4.2.5 Comportements moteurs aberrants (CMA)

Les CMA, parfois assimilés à de l'agitation, sont l'un des problèmes comportementaux les plus perturbateurs de tous ceux qui accompagnent couramment la démence, particulièrement en termes de fardeau imposé aux aidants.

Les CMA désignent en fait plusieurs types de comportement (Hope et Fairburn, 1990) : vérification, poursuite incessante, « travailler » (le patient s'affaire dans son ménage ou son jardin et essaie, sans grand succès, d'accomplir diverses tâches de son propre chef), déambulation, activité excessive, errance.

4.2.6 La désinhibition

La désinhibition correspond à un comportement impulsif et inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales au moment où ce comportement est observé.

Elle 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, agressivité envers soi-même ou autrui.

4.2.7 Le comportement envahissant

Le comportement envahissant chez les patients déments peut se traduire par des gestes de réclamation, d'impatience, de cramponnement ou de bousculade destinés à pousser l'aidant à faire quelque chose contre son gré.

Les patients envahissants s'imposent alors que leur présence n'est pas désirée, ou empiètent sur les possessions ou sources d'agrément de leur entourage.

Les comportements envahissants n'ont pas été bien étudiés et ne figurent pas dans la plupart des échelles d'évaluation comportementale. Cependant, certaines échelles conçues pour évaluer les anomalies comportementales associées à la démence tiennent compte de variables associées aux comportements envahissants (par exemple exiger et se cramponner).

LES INTERVENTIONS NON MEDICAMENTEUSES A VISEE
INDIVIDUELLE, EN SITUATION AIGUE, EN CAS DE SPCD
PERTURBATEURS

Les études sur les interventions non médicamenteuses à visée individuelle des SPCD sont peu nombreuses et souvent de qualité méthodologique moyenne (par l'absence de critères standardisés, contrôlés, randomisés).

Bien que leur application soit variable en fonction du degré de démence et du lieu où se trouve le résident, des recommandations et consensus d'experts s'accordent sur le fait que ce type de thérapeutique non pharmacologique peut être bénéfique de manière individuelle et temporaire chez certains résidents, particulièrement sur l'adaptation à la vie quotidienne et sur les troubles du comportement.

Utilisées en préventif et en curatif, ces thérapeutiques évitent souvent le recours à des traitements médicaux.

L'HAS en distingue deux types complémentaires :

- **les thérapies non médicamenteuses structurées**, applicables le plus souvent à des groupes de patients. Ces thérapies ont été conçues pour être appliquées en dehors de situations aiguës, dans lesquelles elles n'ont pas fait la preuve de leur efficacité de façon reproductible, et se placent donc en dehors de notre sujet.
- **La gestion par des attitudes soignantes et relationnelles personnalisées** : les interventions sont possibles après formation des professionnels.

C'est ce type d'interventions que nous allons maintenant détailler.

1. GESTION D'UN SPCD PRÉCIS CHEZ UN PATIENT DONNÉ PAR DES ATTITUDES SOIGNANTES ET RELATIONNELLES PERSONNALISÉES, DANS LE CADRE D'ACTION DE FORMATION DES PROFESSIONNELS, SELON L'INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION (IPA) (1)

1.1 INTRODUCTION

L'IPA propose des recommandations à l'intention des professionnels pour gérer un SPCD perturbateur donné.

Il est possible de tirer de ces recommandations des prises en charge non médicamenteuses à visée individuelle en situation aiguë.

Les interventions préconisées reposent sur des approches comportementales : il s'agit de développer chez les soignants 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 présentant un syndrome démentiel.

Cela passe par des formations à actions ciblées, personnalisées, à court terme, voire immédiatement sur un comportement donné.

La formation porte sur la reconnaissance, l'évaluation, la prévention de l'aggravation, la gestion relationnelle et organisationnelle de chacun de ces troubles.

1.2 LES APPROCHES GENERALES

Pour gérer les SPCD au moyen de modifications du comportement il est nécessaire de développer une approche spécifique et des approches générales. Ces dernières sont indispensables à la construction d'outils de gestion non médicamenteuse des SPCD en situation aigue. En pratique les approches générales sont :

- **Identifier le SPCD cible** : définir clairement le problème à résoudre. Mieux les soignants peuvent définir le problème, plus aptes ils seront à planifier une action efficace.

- **Se concentrer sur un SPCD à la fois**

- **Recueillir des renseignements sur le SPCD** : quelle est sa fréquence? Quand survient-il? A quel endroit se produit-il le plus souvent? En présence de qui? En notant les réponses à ces questions pendant une à deux semaines, les soignants constituent un journal qui est utile pour expliquer la survenue, la fréquence et la gravité d'un SPCD et pour aider à mettre sur pied un plan thérapeutique.

- **Identifier ce qui se produit avant et après un SPCD cible** : bien que les soignants aient parfois l'impression que le SPCD incriminé survient « sans raison », une observation attentive des événements ayant immédiatement précédé le comportement peut révéler des déclencheurs.

- **Fixer des objectifs réalistes et planifier** : Les soignants doivent favoriser autant que possible la participation du résident et définir des objectifs thérapeutiques simples et réalistes qui seront atteints progressivement. Il faut individualiser le plan thérapeutique en fonction du résident.

- **Inciter les soignants à s'accorder des récompenses et à récompenser les résidents lorsque leurs objectifs sont atteints**

- **Évaluer et modifier continuellement le plan de traitement** : si le plan « A » ne fonctionne pas, il faut mettre en œuvre le plan « B ».

1.3 APPROCHES SPECIFIQUES

1.3.1 Recommandations pour la gestion en situation aigue d'agitation et d'agressivité :

Les approches comportementales visant l'agressivité et l'agitation peuvent s'avérer très utiles et, dans les cas les plus légers, désamorcer ou prévenir un comportement agressif. Cependant, dans des cas graves, une approche pharmacologique à court terme est parfois indispensable, soit isolément, soit de conserve avec une stratégie non pharmacologique.

Les stratégies:

- Intervenir précocement en identifiant une situation problématique et en intervenant avant qu'elle ne dégénère en crise.
- Tenter de tenir le résident à l'écart des situations et des individus susceptibles de provoquer des comportements perturbateurs.
- Parler d'une voix douce et rassurante, car cela peut contribuer à désamorcer une situation tendue en calmant le patient.
- Ecouter attentivement le résident, demeurer sincère, calme, clair, concis.
- Garder un contact visuel et une expression faciale appropriée : cela instaure un sentiment de confiance, montre l'attention et l'intérêt que l'on porte à la personne, et facilite la communication.
- Garder tout objet dangereux hors de portée de la personne.
- Aborder une personne agitée de face, lentement et calmement. Les aidants doivent annoncer leurs intentions au patient et s'efforcer de ne pas le brusquer.
- Faire usage du toucher de manière judicieuse ; parfois, toucher une personne agitée ou la serrer dans ses bras peut être apaisant, alors que cela peut, pour une autre, être interprété comme une provocation (d'où la nécessité du recueil de données).
- Prendre des attitudes non menaçantes lorsqu'on a affaire à une personne agitée : dominer un résident assis ou allongé peut être terrifiant pour lui et susciter sa colère (les soignants doivent fléchir les genoux, s'agenouiller ou s'asseoir de manière à être au niveau des yeux du résident).
- Distraire le résident en lui posant des questions à propos du problème, puis amener graduellement son attention vers un sujet agréable qui n'a rien à voir avec ce problème, changer d'activité, aller dans une autre pièce et ignorer la situation pendant un moment.
- Faire régner une ambiance calme et apaisante.

- Éviter d'ergoter ou de tenter de raisonner quelqu'un pendant qu'il est agité : l'opposition induit presque toujours une aggravation de l'agitation ou du comportement agressif. Il ne faut pas insister et éviter la confrontation chaque fois que cela est possible.
- Éviter si possible toute contrainte physique : les mesures de contention peuvent renforcer la perception d'une menace par le résident et exacerber son agitation.
- Aider immédiatement les soignants lorsqu'ils sont en danger.

Les critères de succès sont :

- Le résident commence à contrôler son comportement avec l'assistance d'autrui
- Le résident a moins de réactions violentes : les situations aiguës disparaissent, s'espacent dans le temps.

1.3.2 Recommandations pour la gestion en situation aiguë en cas de questions ou de gestes répétitifs:

La répétition de questions et d'actes par les personnes dans un état confusionnel peut être extrêmement irritante ou pénible pour les aidants; il est cependant peu probable d'obtenir des résultats en tentant de raisonner le résident (ce qui est généralement inutile) ou en s'y opposant (ce qui peut exacerber son comportement).

Les stratégies:

- Ignorer systématiquement les questions répétitives peut donner des résultats avec certaines personnes, mais cela risque d'en indisposer d'autres, qui pourraient alors se mettre en colère en voyant qu'elles ne reçoivent pas de réponse.
- Parfois, la personne peut se révéler incapable d'exprimer ce qui la tracasse. Par exemple : si un résident demande constamment à voir quelqu'un qui est mort, c'est peut être parce qu'il essaie d'exprimer qu'il se sent seul ou perdu.
- Réagir à cette manifestation d'émotion en expliquant au résident qu'on va s'occuper de lui
- Détourner son attention en lui posant des questions à propos de choses ayant ou non un rapport avec sa question.
- Distraire le résident en lui confiant une nouvelle tâche bien précise à réaliser. Il est important que les soignants ne paraissent pas faire pression sur le résident ou qu'ils ne semblent pas fâchés au risque d'aggraver les troubles du comportement.

1.3.3 Recommandations pour la gestion en situation aigue de comportement sexuel inapproprié :

Chez les personnes atteintes de démence, les comportements sexuels inappropriés sont rares. On croit plus souvent, à tort, qu'ils surviennent chez les personnes « séniles ». Il est cependant important de noter que, quelque rares qu'ils soient, l'exhibitionnisme involontaire et la masturbation machinale sont des comportements pénibles et embarrassants pour les soignants. Ils peuvent se produire parce que le résident a oublié où il est, comment ou pourquoi s'habiller. Il faut cependant aussi tenir compte du fait qu'une personne peut se déshabiller si elle n'est pas à l'aise dans ses vêtements, qu'elle peut manipuler ses organes génitaux si elle souffre d'une infection urinaire, de démangeaisons ou d'une sensation gênante.

Les stratégies:

- Si un résident est déshabillé : lui apporter tranquillement un peignoir et, comme si de rien n'était, l'aider à le passer.
- Si le résident se déshabille en public, aller avec lui changer son type de vêtement, de fermoir (cela diminue le risque d'exhibitionnisme).
- Si un résident est surpris à se masturber : essayer de ne pas avoir l'air troublé ou affligé et éviter la confrontation et accompagner doucement la personne dans un endroit privé, et la distraire en lui proposant quelque chose d'autre à faire.
- Si le résident fait des avances inconvenantes : refuser sans avoir l'air de dramatiser, puis tenter de dévier son attention vers un autre sujet. Il convient d'éviter les réactions outrées car le résident atteint de déficiences cognitives perd en général la capacité de comprendre les règles de vie en société. En évitant ces réactions, on aura de meilleures chances de prévenir des épisodes de violence physique ou verbale.

1.3.4 Recommandations pour la gestion en situation aigue de la déambulation :

Les stratégies reposent essentiellement sur les mesures préventives et concernent peu les interventions en aigue. Il est toutefois recommandé de rappeler souvent à la personne où elle

est et pour quelle raison, et ceci pendant la déambulation.

1.3.5 Les sujets des hallucinations, des idées délirantes et de la désorientation sont également abordés par l'IPA.

Il est recommandé :

- De manifester de l'empathie envers le résident et de prendre soin de lui : ces mesures apportent un soutien et aident à atténuer les craintes.
- De laisser le résident exprimer sa pensée
- De continuer de parler avec lui, et de lui montrer de l'intérêt tout en conservant un contact visuel.
- De reconforter un résident : cela l'aide souvent à calmer les idées délirantes ou les hallucinations.
- De supprimer de l'espace les stimuli perturbateurs, comme la télévision ou radio allumées. Les stimuli perturbateurs peuvent déclencher, renforcer des hallucinations visuelles, auditives ou tactiles ou encore altérer la capacité du patient à percevoir des stimuli importants

Les critères de succès sont :

- le résident ne s'agite plus,
- il fonctionne en toute sécurité dans son milieu de vie

2. GESTION D'UN SPCD, SELON L'ETUDE TNM-EHPAD

2.1 INTRODUCTION

Les plans de soins aux personnes âgées, ainsi que les recommandations de bonnes pratiques de soins (7, 8, 9) intègrent la formation des professionnels à la reconnaissance, à l'évaluation et à la gestion relationnelle et organisationnelle des SPCD.

L'efficacité de ces mesures non médicamenteuses en institution a été récemment évaluée en France et s'intègre dans la mesure 22 du plan Alzheimer 2008-2012. L'étude pilote TNM-EHPAD (traitements non médicamenteux en EHPAD), menée en France dans 16 EHPAD, a évalué l'efficacité d'une stratégie de formation des professionnels sur les SPCD perturbateurs (10). Brièvement à propos de l'étude TNM-EHPAD :

- Les Choix stratégiques de l'action sont d'adapter le « comportement des soignants », pour diminuer les troubles du comportement du dément (SPCD), d'agir immédiatement devant tout SPCD (repérage et analyse rapide de la situation et action), et si l'action est un échec mener une réflexion stratégie alternative.
- La Méthode de l'action est cognitivo-comportementale à destination des soignants.
- Les moyens de l'action sont : une formation initiale courte (2h), puis un accompagnement court (24h), et une mise au point et utilisation d'outils à destination des soignants permettant de gérer une majorité de situations immédiatement. La réflexion collective n'intervenant qu'en cas d'échec : recherche de stratégies alternatives

Les différentes stratégies de prise en charge sont exposées lors de séances d'enseignement et sont résumées dans des fiches type « fiches réflexe ».

- **Première stratégie** : comment agir à des moments forts de la journée (réveil-petit déjeuner, toilette, repas, visite, coucher, nuit) pour limiter l'apparition des SPCD. Ces mesures sont à visée préventive, elles ne sont pas adaptées aux situations aiguës : nous ne les décrirons pas. Cependant les prises en charge préventives et curatives sont complémentaires et nécessaires.
- **La deuxième stratégie** porte sur l'animation de prévention (que nous ne détaillerons pas).
- **Les deux dernières stratégies** de prise en charge sont particulièrement intéressantes en situation aiguë : l'une porte sur la gestion en situation aiguë de SPCD perturbateur précis, et l'autre sur la gestion des SPCD en situation aiguë par des animations flash.

2.2 RECOMMANDATIONS POUR LA GESTION EN SITUATION AIGUE EN CAS DE SPCD

PERTURBATEUR PRECIS

Ce sont des recommandations sur la conduite à tenir (« à faire » et « à éviter ») pour les

SPCD suivant :

- opposition-refus de soins
- comportement moteur aberrant
- agitation
- agressivité
- délires-hallucinations
- cris

On remarque une approche commune avec l'IPA : il s'agit de développer chez les professionnels « le savoir faire » en cas de SCPD.

2.2.1 APPROCHE GENERALE

Avant toute chose, il convient de :

- **vérifier que l'apparition des troubles 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.

2.2.2 APPROCHES SPECIFIQUES

a. En cas d'opposition, de refus de soins

Il faut savoir :

- 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 la participation du résident
- privilégier son autonomie
- demander à un autre membre du personnel d'assurer le soin
- négocier afin d'assurer les soins prioritaires.

Il faut éviter de :

- faire la morale
- infantiliser
- parler de façon autoritaire

- réprimander
- forcer le résident
- utiliser des moyens de contention

b. En cas de comportement moteur aberrant

Il faut savoir :

- vérifier le port de chaussures convenables pour la marche
- faciliter la déambulation tout en veillant à assurer la sécurité générale et le bien-être des autres résidents
- assurer une présence régulière auprès du résident
- marcher avec lui
- le raccompagner (à sa chambre, au salon...)

Il faut éviter de :

- lui barrer la route
- l'empêcher d'avancer
- l'obliger à s'asseoir (même pendant les repas)
- laisser des obstacles sur le passage (sol humide...)
- laisser les portes extérieures ou menant aux locaux techniques ouvertes.

c. En cas d'agitation

Il faut savoir :

- être doux,
- utiliser le contact
- toucher
- embrasser
- chanter une chanson
- être rassurant, sécurisant
- essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée
- faire diversion en proposant une activité ou une promenade
- établir des routines quotidiennes
- repérer les moments de fatigue et d'agacement
- limiter le nombre et la durée des visites
- assurer une présence permanente au moment du crépuscule
- isoler le résident

Il faut éviter de :

- générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...)
- avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang froid)
- solliciter de façon incessante
- utiliser des moyens de contention

d. En cas d'agressivité

Il faut savoir :

- 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

Il faut éviter de :

- générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...)
- avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang froid)
- se sentir blessé des propos tenus
- montrer sa peur
- infantiliser
- adopter un ton supérieur ou autoritaire
- tenter de raisonner le résident
- faire des remarques humiliantes
- mettre en échec
- punir
- utiliser des moyens de contention

e. En cas de délires, d'hallucinations

Il faut savoir :

- 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 il faut intervenir pour assurer la protection du résident et de l'entourage
- assurer une présence régulière
- appeler le médecin.

Il faut éviter de :

- paniquer
- tenter de raisonner le résident
- infantiliser
- ridiculiser
- nier le délire ou entretenir une conversation sur le délire
- créer des situations complexes ambiguës
- utiliser des moyens de contention

f. En cas de cris

Il faut savoir :

- parler
- capter le regard
- tenir la main
- créer une ambiance apaisante, de détente
- proposer une collation ou une boisson

Il faut éviter de :

- crier plus fort que le résident (ne pas essayer de couvrir la voix du résident)
- générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...)
- minimiser la douleur
- utiliser des moyens de contention

2.3 RECOMMANDATIONS POUR GERER DES SPCD EN SITUATION AIGUE PAR DES ANIMATIONS

FLASH.

Une animation flash est une animation courte dont l'objectif est de faire chuter les troubles du comportement en moins de 15 mn.

2.3.1 RECOMMANDATIONS GENERALES :

Ces animations nécessitent de prévoir une boîte à multiples tiroirs de rangement (un tiroir = une animation flash), de faire la liste des centres d'intérêt des résidents en les classant par ordre alphabétique (se référer à l'histoire de vie, aux habitudes du résident); cette feuille est à glisser dans le premier tiroir. Elles se déroulent dans la chambre du résident ou dans une salle d'activité disponible, au calme. Elles durent 15 minutes maximum déplacement compris.

Durant ces animations, Il faut savoir:

- respecter le résident
- entendre ses émotions
- susciter
- faire parler

Elles ne doivent pas mettre les résidents en échec, ni leur être imposées.

2.3.2 LES DIFFERENTES ANIMATIONS FLASH

a. L'animation actualité

Il faut disposer du journal local du jour. Puis il convient d'inviter le résident à s'asseoir, à choisir un article en fonction de ses centres d'intérêt, à le lire (même quelques lignes), et y associer des souvenirs.

Quand le résident est apaisé, le raccompagner au salon, l'inviter à s'asseoir et proposer un magazine.

b. L'animation photos souvenir

Cette animation nécessite de se munir de planches de photographies de stars, acteurs, hommes politiques, sportifs, intellectuels, artistes... des années 1920 à nos jours, et de planches de photographies relatives à des monuments et des sites historiques, des publicités

anciennes...

Il faut ensuite inviter le résident à s'asseoir et à prendre l'album photo. En lui montrant les photos et il faut demander au résident de nommer l'image et d'y associer des souvenirs.

Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

c. L'animation bien-être

Nous devons avoir à notre disposition des lingettes rafraichissantes, de la crème hydratante et parfumée pour les mains.

Une fois le résident confortablement assis dans un fauteuil, l'animateur passe délicatement la lingette sur ses mains puis y applique lentement la crème par mouvements circulaires. Il accompagne le massage par des paroles apaisantes et valorisantes.

Quand le résident est apaisé, l'animateur le raccompagne.

Pour optimiser les chances de réussite de cette animation, il faut éviter de s'installer assis face à la personne, de capter son regard, et de lui masser le visage.

d. L'animation activité manuelle

Le matériel nécessaire : de la pâte à modeler et des emporte-pièce, des feutres lavables, des feuilles de papier.

Le résident est invité à s'asseoir confortablement dans une chaise face à une table (l'animateur s'assoie face ou à côté de lui). Tout le matériel est mis à sa disposition pour qu'il puisse réaliser l'activité.

Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

e. L'animation promenade

Le résident doit porter une tenue vestimentaire adaptée à la saison (chapeau, parapluie...) et des chaussures adaptées à la marche.

Un membre de l'équipe invite le résident à faire une promenade en lui donnant le bras et en échangeant quelques mots. Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

f. L'animation flash musique

Cette animation nécessite de disposer d'un lecteur CD portable, de CD de musiques de style divers (ambiance, classique, d'époque...).

Puis il faut inviter le résident à s'asseoir confortablement dans un fauteuil, lui proposer de fermer les yeux et mettre un CD de musique douce (ambiance) pour commencer ; on lui

fait ensuite choisir un morceau qu'il apprécie et on engage une discussion sur les souvenirs se rapportant à cette musique.

Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

g. Animation flash relaxation et respiration

Il faut avoir un CD de musique d'ambiance douce (bruit de la mer, ...) et un lecteur de CD portable.

Assis confortablement dans un fauteuil, le résident est invité à se détendre en écoutant le CD et en faisant des respirations calmes et profondes. On peut lui proposer de fermer les yeux, et l'accompagner dans une rêverie imageante (arbre, plage, paysage, ...); on demande ensuite au résident d'ouvrir les yeux et de raconter comment était "l'arbre"... qu'il a imaginé ou bien on lui fait évoquer ses sensations.

Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

h. L'animation flash défouloir

Il faut avoir un coussin épais, des moufles, balle en mousse.

Cette animation est à réaliser lorsque le résident est particulièrement agité.

S'installer dans une pièce calme ou le matériel est déjà à disposition; tenir le coussin et proposer au résident de taper dedans en disant tout ce qui lui passe par la tête (sa colère...).

Au bout de quelques minutes de défouloir, inviter le résident à s'asseoir et lui donner deux balles en mousse (une dans chaque main) et proposer de malaxer ses balles avec les pressions de moins en moins fortes et inviter le résident à parler de ses ressentis.

Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

DISCUSSION SUR LES RECOMMANDATIONS DE L'IPA ET SUR LA STRATEGIE DE FORMATION DE L'ETUDE TNM-EHPAD

1. A PROPOS DES RECOMMANDATIONS DE L'IPA

L'HAS juge les mesures recommandées par l'IPA utiles et pratiques.

Elle conseille leur mise en œuvre en institution, même si leur niveau d'efficacité n'est pas connu, qu'elles n'ont pas été réalisées spécifiquement pour les EHPAD et que le programme de formation ne semble reposer uniquement que sur une formation théorique.

Les recommandations de l'IPA regroupent des mesures préventives et curatives. Mais les interventions en situation aigüe ne peuvent pas se dispenser d'un travail de prévention.

2. A PROPOS DE LA STRATEGIE DE FORMATION DE L'ETUDE TNM-EHPAD

2.1 INTRODUCTION

La lecture des études antérieures est importante pour définir les choix méthodologiques, et, plus largement, pour comprendre les critères de réussite de ces stratégies dans la pratique. Sur les vingt dernières années, de nombreuses études illustrant les bénéfices de ces mesures non médicamenteuses, ont été publiées.

La très grande majorité de ces études ont une méthodologie scientifique peu rigoureuse. Plusieurs publications sur les SPCD des personnes âgées vivant en EHPAD (11, 12, 13) suggèrent que des programmes de formations des équipes soignantes pourraient entraîner une diminution de la fréquence de ces symptômes.

Mc Callion et ses collaborateurs en 1999 (11) rapportent une différence significative (de petite à moyenne amplitude) des scores des 4 « sous-échelles » de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield grâce à la formation des équipes soignantes sur les symptômes agitation et agressivité.

En revanche, Ulsser et ses collaborateurs en 2008 rapportent que la formation des équipes soignantes n'est pas associée à une amélioration du comportement des résidents.

Mais il est important de souligner que les publications sus citées portent sur des programmes différents de formations.

Le bénéfice de telles approches semble dépendre du contenu du programme de formation : les résultats sont différents entre une formation théorique unique (14) et un programme offrant, en plus des supports, une assistance et un accompagnement (15, 16).

L'étude TNM-EHPAD a opté pour un programme de formation incluant des réunions d'enseignement collectif (une mise à jour des connaissances théoriques de 90 mn sur la démence et les SPCD), des fiches de recommandation pour chacun (devant être disponibles a

tout moment car pouvant se ranger dans une poche) et des sessions de coaching interactif en séances individuelles dans lesquelles les formateurs insistent sur l'importance de l'utilisation des fiches dans la pratique quotidienne et conçoivent un retour d'information constructif (sur comment les membres de l'équipe gèrent les SPCD).

Leurs méthodes sont celles du coaching (2 heures deux fois par semaine durant le premier mois puis une fois par semaine le deuxième mois).

Cette stratégie permet une formation, des conseils, un suivi des personnes et des résultats grâce à un retour d'information personnalisé (NB : le temps total de formation est de 26 heures).

Grâce à un cadre de formation très clairement défini, et à un nombre de formateur extrêmement restreint (ce qui évite des variations dans l'enseignement apporté), l'étude TNM-EHPAD favorise l'uniformité des pratiques de soins.

Cette volonté d'uniformisation des pratiques représente un véritable changement par rapport aux autres études qui, pour une technique donnée, proposaient un panel hétérogène de formations.

Enfin cette étude s'est proposée d'éliminer d'autres faiblesses des précédentes études sur les mesures non médicamenteuses comme la taille insuffisante des échantillons, l'absence de groupe contrôle, l'absence de randomisation, l'absence d'objectifs définis en terme de résultats, et l'absence de procédure en aveugle.

L'étude TNM-EHPAD est, en effet, une étude randomisée, contrôlée, réalisée dans 16 EHPAD hébergeant un total de 1369 personnes. 306 résidents présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée et des SPCD ont été évalués, au moment de l'inclusion dans l'étude, après 8 semaines et après 20 semaines. Les 16 EHPAD ont été repartis en deux groupes : le groupe intervention (n=174) qui a bénéficié du programme décrit précédemment, et le groupe de référence (n=132) à qui est demandé de fonctionner comme à leur habitude. Les évaluations ont été réalisées par des cotateurs indépendants. Les évaluations de la fréquence et de la sévérité des troubles ont été réalisées avec l'inventaire neuropsychiatrique (NPI), l'échelle d'agressivité de Cohen Mansfield (CMAI) et l'échelle d'observation directe du patient.

Parce qu'elle offre une méthodologie scientifique rigoureuse, une uniformité de l'enseignement, des supports accessibles, un accompagnement individualisé, l'étude TNM-EHPAD représente actuellement une avancée considérable dans la prise en charge des SPCD en EHPAD pour la gestion quotidienne, mais également pour la gestion des situations de

crises.

2.2 LES RESULTATS DE L'ETUDE ET REMARQUES

Cette étude apporte des informations précises sur la fréquence des troubles du comportement les plus graves (score >7 sur un total de 12 à l'un des items évaluant « les comportements agités » ou les symptômes psychotiques dans le NPI). 16 % de ces patients ont des troubles sévères (soit 73% des patients inclus dans l'étude).

En ce qui concerne l'évolution des SPCD dans les deux groupes d'EHPAD, seuls les résidents des EHPAD ayant bénéficié de la formation présentent une diminution significative des scores de l'échelle d'agressivité de Cohen Mansfield et de l'échelle d'observation directe du patient. Aucun changement n'a par contre été observé dans le groupe contrôle.

Les analyses statistiques ont aussi mis en évidence que l'évolution des scores est significativement différente entre les deux groupes : dans le groupe intervention, le nombre de trouble du comportement est réduit de 62% à la fin deuxième mois de formation. Cette réduction persiste, puisqu'elle est encore de 47%, 3 mois après l'arrêt de la formation. La réduction est beaucoup moins importante dans le groupe contrôle (25 % de régression après deux mois, et 19% trois mois plus tard).

Les effets les plus frappant du programme sont obtenus sur les symptômes agitation et agressivité. On notera que les scores NPI des symptômes psychotiques ne suivent pas la même évolution que les symptômes agitation et agressivité. On peut donc se poser la question de la pertinence de la dénomination symptôme positif¹ puisqu'elle englobe des symptômes qui ne répondent pas de la même manière à une même stratégie thérapeutique.

L'évolution du score total CMAI entre le moment de l'inclusion dans l'étude et S8 (-7,8 dans le groupe intervention VS -2,5 dans le groupe contrôle) est de l'ordre de celles observée dans diverses études pharmacologiques sur les antipsychotiques ; - 8, 3 pour le risperidone vs -4,9 pour le placebo dans l'étude de De Deyn et al. ,1999 (19) et -7,5 pour le risperidone vs - 3,1 pour l'halopéridol dans l'étude de Brodarty et al. , 2003 (20).

Ces résultats montrent qu'un programme incluant une formation théorique, des séances d'accompagnement et des fiches « résumé » des conduites à tenir peut être une stratégie efficace.

¹ Les troubles sont qualifiés de "positifs" lorsqu'ils deviennent dérangeants pour l'environnement humain et matériel : agitation, déambulation, agressivité, cris (Zirnhelt et al, 2009), impatiences, fugues ou errance, comportements culturellement inappropriés, désinhibition sexuelle, ablation ou détérioration des perfusions ou des pansements.

Cette étude, à la méthodologie scientifique rigoureuse, présente toutefois des limites :

- le choix de randomiser les EHPAD et non les résidents,
- les soignants de l'EHPAD peuvent être influencés dans leurs réponses pour les évaluations par les effets du programme d'enseignement
- et l'impossibilité de conduire une « pure » étude non médicamenteuse sur des résidents qui continuent à recevoir leur traitement pharmacologique habituel (néanmoins dans l'étude les deux groupes auraient reçu une moyenne comparable de psychotropes).

Même avec ces limites, de tels résultats sont importants en France, où la preuve scientifique de l'efficacité de ces méthodes manquait, alors que, dans le même temps, les autorités de santé soulignaient que pour les résidents d'EHPAD la prise en charge des SPCD fait partie du projet d'établissement où les équipes de soins ont un rôle capital dans l'évaluation, la prise en charge, et le suivi des SPCD (17).

L'étude TNM-EHPAD démontre la possibilité de conduire de telles études randomisées, contrôlées non pharmacologiques dans des EHPAD en France.

Malgré ces résultats encourageants, la question de la possibilité d'exporter l'étude à la plupart des EHPAD au niveau national est à poser car, bien que la première partie du programme (enseignement collectif, remise de fiche) soit facile à mettre en œuvre à cette échelle, la partie coaching semble, quant à elle, plus difficile à mettre en œuvre.

La prochaine étape de la recherche serait d'explorer la faisabilité de la mise en pratique du programme de formation dans tous les EHPAD dans une région donnée et de déterminer une procédure adaptée.

Connaître les barrières à la mise en place de traitement non médicamenteux en institution permettra d'améliorer leur efficacité.

Cohen-Mansfield et ses collaborateurs en 2011 (18) se sont intéressés à ces barrières. Ils distinguent :

- des barrières externes (liées au personnel, à la famille, à l'environnement) : parmi ce type de barrières les plus fréquentes est l'incapacité des équipes soignantes à identifier la souffrance chez le résident (24%) et le manque de matériel (34%).
- des barrières liées au résident (sa réticence, ses caractéristiques) : la réticence des résidents à

participer à un TNM est associée à un faible niveau de plaisir et d'intérêt ressenti.

Plus les barrières sont nombreuses, moins le résident prend plaisir aux TNM. Les prises en charges basées sur la nourriture et les interactions à deux génèrent moins de barrière. Les TNM associés au plus grand nombre de barrières sont les jeux, les activités physiques, la dispensation de soins.

- les barrières dues à l'indisponibilité du résident (endormissement, ...).

Cette étude porte essentiellement sur les interventions de prévention, il faut vérifier si cette notion est exportable aux interventions curatives. Il semble toutefois raisonnable de penser que le manque de formation et le défaut de matériel adéquat (notamment pour les animations flash) constituent des barrières lors des interventions en situation aigue. De même, Il faut savoir proposer des animations flash en fonction des plaisirs et des centres d'intérêt du résident. On notera enfin que les interventions proposées par l'équipe TNM sont basées sur des interactions à deux.

Une telle étude serait d'un grand intérêt pour les mesures non médicamenteuses en situation aigue.

CONCLUSION

Le niveau d'efficacité des mesures proposées par l'IPA n'est pas connu. Il semble donc compliqué d'en tirer des recommandations.

Mais l'étude TNM-EHPAD nous montre qu'une stratégie d'action et sa mise en œuvre en EHPAD peuvent permettre la prise en charge non médicamenteuse des SPCD perturbateurs en situation aigue en EHPAD :

La stratégie de l'action reposant essentiellement sur l'adaptation du

« comportement » des soignants (pour diminuer les SPCD), sur l'action immédiate devant tout SPCD (avec repérage rapide de la situation)

Et la mise en œuvre en EHPAD s'appuyant sur une formation initiale courte, un accompagnement court et sur une mise au point et utilisation d'outils (les fiches) à destination des soignants (permettant de gérer une majorité de situations immédiatement)

On insistera sur le caractère pratique, applicable de ce type d'intervention : le cahier des charges de l'étude TNM-EHPAD tient compte de la réalité du terrain c'est à dire que le temps et le coût de formation sont peu élevés, que la consommation de temps de soignant est minimum, que la stratégie est reproductible, et qu'elle est facile et rapide à mettre en œuvre.

Il est important, alors que les représentations collectives sont à l'heure actuelle principalement centrée sur l'action médicamenteuse dans une perspective curative, de promouvoir une conception plus globale de la notion de « traitement » dans laquelle les prises en charge médicamenteuse et non médicamenteuse apparaissent comme complémentaires. Ces prises en charges ne sont pas à opposer, mais elles peuvent être utilisée en synergie avec les traitements pharmacologiques, en respectant la recommandation d'utiliser en première intention des techniques de soins non médicamenteuses appropriées aux SPCD. Ces interventions doivent se concevoir dans une prise en charge globale, multimodale.

BIBLIOGRAPHIE

1. International Psychogeriatric Association. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). Northfield: IPA; 2003.
2. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschantz J. et al. Mental and neuropsychiatric symptoms in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry*.2000;157:708-714.
3. Devanand, D. P., Jacobs, D. M., Tang, M. X., et al (1997) The course of psychopathologic features in mild to moderate Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, 54, 257 -263.

4. Olin, J. T., Schneider, L. S., Katz, I. R., et al (2002) Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer's disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 125 -128.
5. McKeith, I. G., Galasko, D., Kosaka, K., et al (1996) Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*, 47, 1113 -1124.
6. Gilley, D.W et coll. « Psychotic symptoms and physically aggressive behaviour in alzheimer's disease » *J Am Geriatr Soc* 1997 ; 45 :1074-9.
7. McMinn B, Draper B. Vocally disruptive behaviour in dementia: development of an evidence based practice guideline. *Aging Ment Health* 2005;9(1):16-24.
8. Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Paris: DGS; 2007.
9. 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.
10. 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.
11. McCallion P, Toseland RW, Lacey D, Banks S. 1999. Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *The Gerontologist* 39: 546–558.
12. Peterson D, Berg-Weger MS, McGillick J, Schwartz L. 2002. Basic care I: the effects of dementia-specific training on certified nursing assistants and other staff. *Am J Alzheimer Dis Other Demen* 17: 154–164.
13. Coogle CL, Head CA, Parham IA. 2004. Person-centered care and the workforce crisis: a statewide professional development initiative. *Educ Gerontol* 30: 1–20.
14. O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, et al. 2001. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Art. No.: CD003030. DOI: 10.1002/14651858. CD003030.
15. Brane G, Karlsson I, Kihlgren M, Norberg A. 1989. Integrity- promoting care of demented nursing home patients: psychological and biochemical changes. *Int J Geriatr Psychiatry* 4: 165–172.
16. Edberg A, Hallberg IR. 2001. Actions seen as demanding in patients with severe dementia during one year of intervention. Comparison with controls. *Int J Nurs Stud* 38: 271–285.

17. Benoit M, Arbus C, Blanchard F, et al. 2006. Professional consensus on the treatment of agitation, aggressive behaviour, oppositional behaviour and psychotic disturbances in dementia. *J Nutr Health Aging* 10: 410–415.
18. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M. What Are the Barriers to Performing Nonpharmacological Interventions for Behavioral Symptoms in the Nursing Home? *J Am Med Dir Assoc* 2011 Epub.
19. PP De Deyn, K Rabheru, A Rasmussen... A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia- *Neurology*, 1999 - AAN Enterprises
20. Brodaty H, Ames D, Snowden J, Woodward M, Kirwan J, Clarnette R, et al. A randomized placebo- controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry* 2003;64(2):134-43.

RESUME

La gestion par des attitudes soignantes et relationnelles personnalisées est une technique de soins non médicamenteuse appropriée aux SPCD perturbateurs, a visée individuelle, en situation aigue en EHPAD. Elle nécessite et prévoit la formation des professionnels. L'International Psychogeriatric Association propose des recommandations à l'intention des professionnels pour gérer un SPCD perturbateur donné. Le niveau d'efficacité des mesures proposées par l'IPA n'est pas connu. Il semble donc compliqué d'en tirer des

recommandations. Mais l'étude TNM-EHPAD nous montre qu'une stratégie d'action et sa mise en œuvre en EHPAD peuvent permettre la prise en charge non médicamenteuse des SPCD perturbateurs en situation aigue en EHPAD : la stratégie de l'action reposant essentiellement sur l'adaptation du « comportement » des soignants (pour diminuer les SPCD), sur l'action immédiate devant tout SPCD (avec repérage rapide de la situation), et la mise en œuvre en EHPAD s'appuyant sur une formation initiale courte, un accompagnement court et sur une mise au point et utilisation d'outils (les fiches) à destination des soignants (permettant de gérer une majorité de situations immédiatement).

Techniques de soins non médicamenteuses, SPCD perturbateurs, EHPAD, L'International Psychogeriatric Association, étude TNM-EHPAD.