ILL Document Delivery

REG-13774900

ORUOIR

NLM -- W1 RE943 (GENCOLL); Film S01067 (MICROFORM); Elect

Oregon Research Institute
Elaine Shuman, Interlibrary Loan
1715 Franklin Blvd
Eugene, OR 97403-1983

ATTN:		SUBMITTED:	2006-04-14 15:09:25
PHONE:	541-484-2123x2172	PRINTED:	2006-04-17 09:04:23
FAX:		REQUEST NO.:	REG-13774900
E-MAIL:	elaines@ori.org	SENT VIA:	DOCLINE
		DOCLINE NO:	19742909

REG Copy Journal

TITLE:	REVUE NEUROLOGIQUE
PUBLISHER/PLACE:	Masson Paris
VOLUME/ISSUE/PAGES:	2005 Mar;161(3):290-8 290-8
DATE:	2005
AUTHOR OF ARTICLE:	Wenisch E; Stoker A; Bourrellis C; Pasquet C; Gauthier E; Co
TITLE OF ARTICLE:	[A global intervention program for institutionaliz
ISSN:	0035-3787
OTHER NUMBERS/LETTERS:	NLM Unique ID: 2984779R PubMed ID: 15800450
SOURCE:	PubMed
MAX COST:	$9.00
COPYRIGHT COMP.:	Guidelines
CALL NUMBER:	W1 RE943 (GENCOLL); Film S01067 (MICROFORM); Elect
NOTES:	* Please ARIEL (192.68.202.36) or email PDF (elain
REQUESTER INFO:	levites
DELIVERY:	Ariel: 192.68.202.36
REPLY:	Mail:

KEEP THIS RECEIPT TO RECONCILE WITH BILLING STATEMENT

For problems or questions, contact NLM at http://wwwcf.nlm.nih.gov/ill/ill_web_form.cfm or phone 301-496-5511.

Include LIBID and request number.

NOTE: THIS MATERIAL MAY BE PROTECTED BY COPYRIGHT LAW (TITLE 17, U.S. CODE)

Mémoire

Méthode de prise en charge globale non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés

E. Wenisch, A. Stoker, C. Bourrellis, C. Pasquet, E. Gauthier, E. Corcos, M.-T. Banchi, J. de Rotrou, A.-S. Rigaud

Service de Gérontologie Clinique II, Hôpital Broca, Paris.

Reçu le : 05/07/2004 ; Reçu en révision le : 24/09/2004 ; Accepté le : 02/12/2004.

RÉSUMÉ

Introduction. Le présent travail décrit un type de prise en charge non pharmacologique de patients atteints de démences neurodégénératives en institution. L'intervention s'adresse à des patients déments en long séjour présentant des troubles du comportement perturbant les patients eux-mêmes et les équipes soignantes. Les objectifs du programme de prise en charge sont, d'une part, de stimuler les capacités cognitives, sociales et fonctionnelles des patients et de diminuer leurs troubles du comportement, et d'autre part, de diminuer la charge de travail des équipes soignantes. **Méthodes.** Cette prise en charge globale combine plusieurs approches : l'approche psychosociale, l'approche cognitive et l'approche sensorielle et motrice. L'ensemble de ces stimulations est réalisé par une équipe pluridisciplinaire composée d'un cadre ergothérapeute, de six aides soignantes, d'une ergothérapeute, d'une orthophoniste, d'une psychomotricienne et d'une psychologue. La prise en charge est quotidienne et dure trois mois. Des évaluations sont réalisées avant et après le programme d'intervention afin d'en mesurer le bénéfice. **Résultats.** Des effets positifs ont été observés lors de deux études sur le plan cognitif pour les patients ainsi que sur leur alimentation, et sur le ressenti des soignants dans la prise en charge des patients déments sévères. Cependant, en raison des faibles effectifs de ces études, il faut mener des recherches supplémentaires sur l'efficacité de ce programme d'intervention global, particulièrement concernant les implications nutritionnelles. **Conclusion.** La combinaison d'un traitement pharmacologique et d'une prise en charge non pharmacologique semble donc adaptée à la gestion des troubles psychologiques et comportementaux des patients déments en institution.

Mots-clés : Démence • Institution • Troubles psychologiques et comportementaux • Charge des aidants professionnels

SUMMARY

A global intervention program for institutionalized demented patients.

E. Wenisch, A. Stoker, C. Bourrellis, C. Pasquet, E. Gauthier, E. Corcos, M.-T. Banchi, J. de Rotrou, A.-S. Rigaud, Rev Neurol (Paris) 2005; 161: 3, 290-298

Introduction. *Over the last decades many approaches have been developed to manage cognitive and behavioral disturbances in dementia. The present work describes a global intervention program carried out with moderately to severely demented institutionalized patients. The aims of the intervention program are to stimulate and maintain the preserved abilities of demented patients in a supportive context, to decrease the behavioral disturbance and to avoid burnout of care-unit staff.* ***Methods.*** *This intervention combines different means: psychosocial care (validation therapy, social interaction), cognitive stimulation (memory and verbal training), and motor and sensitive stimulation. The global intervention program requires a special trained team composed of a supervisor, six aid-nurses, an occupational therapist, a speech therapist, a psychomotor therapist and a psychologist. The team cared for the patients five days per week over a three-month period. Assessments were conducted before and after the intervention program to measure the benefit.* ***Results.*** *Positive effects were shown for cognitive abilities, nutritional problems and staff burnout. However, due to the small sample size for this study, more research is needed to verify the effectiveness of this global intervention program, particularly the implications for nutrition.* ***Conclusion.*** *This global intervention combined with pharmacological treatment seems to be useful for managing psychological and behavioral disorders of institutionalized demented patients.*

Keywords: *Dementia • Institution • Behavioral disorders • Care unit burden*

INTRODUCTION

La prise en charge non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés réunit différentes approches qui peuvent parfois s'avérer complémentaires. Elles ont toutes pour objectif d'améliorer les troubles cognitifs et les symptômes psychologiques et comportementaux. Les bénéfices attendus sont la préservation de l'autonomie fonctionnelle et des échanges sociaux, et également le soulagement du fardeau des aidants professionnels ou familiaux (Doody *et*

Tirés à part : E. Wenisch, Service de Gérontologie Clinique II, Hôpital Broca, 54-56, rue Pascal, 75013 Paris.
E-mail : emilie.wenisch@brc.ap-hop-paris.fr

Material may be protected by copyright law (Title 17, U.S. Code)

al., 2001). Les approches psychosociales telles la stimulation et rééducation cognitives, la réminiscence, la thérapie d'orientation par la réalité, la validation affective, visent en particulier à compenser les déficits cognitifs et à renforcer les capacités préservées (Kasl-Godey *et al.*, 2000 ; Gagnon *et al.*, 1996). La musicothérapie et l'art-thérapie se basent sur les capacités artistiques et créatives, parfois tardivement préservées (Gerdner, 2000 ; Van de Winckel *et al.*, 2004). La psychothérapie s'intéresse à l'expression du ressenti des patients déments (Cheston, 1998), tandis que les stimulations sensorielle et motrice sollicitent leurs sens et leur motricité (Heyn, 2003).

Les études contrôlées évaluant l'efficacité de ces diverses méthodes de prise en charge sont peu nombreuses, souvent insuffisantes au plan méthodologique et peu comparables entre elles.

Notre programme d'intervention s'adresse aux patients souffrant de troubles cognitifs et signes et symptômes psychologiques et comportementaux en institution. Il comporte une prise en charge quotidienne et globale (sociale, psychologique, sensori-motrice et cognitive) par une équipe pluridisciplinaire et spécialisée. L'objectif de cette étude est de décrire cette prise en charge, d'en préciser l'intérêt en terme de mieux-être aux patients et de soulagement des équipes de soins et de la comparer aux autres techniques existantes.

MÉTHODE

Population

Les patients institutionnalisés sont sélectionnés par les soignants de leur unité de vie et doivent répondre aux critères suivants :

– syndrome démentiel diagnostiqué selon les critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) (maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées), de stade modéré à très sévère (Reisberg *et al.*, 1988) ;

– présence d'un ou plusieurs signes et symptômes psychologiques et comportementaux (Finkel *et al.*, 1996) gênants pour l'unité de soin, la famille, les autres résidents et/ou le patient lui-même ;

– absence de handicap sensoriel majeur non corrigé ;

– avis favorable de l'équipe médicale confirmant leur aptitude à participer aux activités ;

– accord de la famille et du patient.

Les patients qui ne s'intègrent pas au groupe, notamment à cause d'une agressivité majeure, quittent le groupe après trois semaines d'essai. Les thérapeutes justifient leur décision auprès des équipes et proposent, si possible, une solution alternative. Un second essai d'intégration pourra être tenté à la session suivante.

Les patients présentent, en général, des troubles de l'orientation dans le temps et dans l'espace ainsi que des troubles de mémoire importants, affectant toujours la mémoire récente et parfois la mémoire ancienne. Ils souffrent également de désordres linguistiques et de troubles de la communication. Sur le plan de l'expression, les troubles principaux sont une réduction des productions (diminution du stock lexical, manque du mot, diminution de l'incitation verbale) ou une désorganisation de celles-ci (jargon, persévérations idéiques ou verbales, stéréotypies). Sur le versant réceptif, il existe des troubles de la compréhension orale et écrite. Par ailleurs, les patients ont de plus en plus de difficultés à s'adapter aux situations d'échange pour la simple raison que les occasions se raréfient. Ainsi exclus du monde des « communicants » et par manque de stimulation, leurs capacités langagières se dégradent et la communication se réduit. Ces patients sont souvent limités sur le plan des mouvements et des gestes par une gêne fonctionnelle (fracture, hémiplégie) et/ou par une certaine inactivité inhérente à la vie en institution.

Objectifs généraux

Objectifs pour les patients

Les objectifs de la prise en charge sont de réduire les troubles du comportement, améliorer l'humeur et le bien-être, et empêcher le repli sur soi des résidents. Il s'agit également de préserver le savoir-faire, les acquis et les capacités résiduelles des patients et faire en sorte qu'ils les utilisent pour les activités de la vie quotidienne, ainsi que de mettre en évidence des capacités inexploitées et de stabiliser ou réduire l'aggravation des déficits cognitifs.

La prise en charge doit aussi favoriser l'adaptation des patients qui sont hospitalisés en soins de longue durée et de favoriser les interactions sociales.

Objectifs pour les équipes soignantes

Pour les équipes soignantes, la prise en charge doit permettre de limiter les situations de crise en mettant de la distance entre le patient et l'équipe soignante pendant un certain temps. Un des objectifs de la prise en charge est également de montrer une autre image du patient dément aux équipes qui en ont la responsabilité et de faire émerger une autre idée de sa prise en charge par le biais d'une formation (formation théorique et pratique).

Il s'agit enfin d'améliorer la collaboration entre les différents thérapeutes et les soignants.

Objectifs pour les familles

L'objectif principal de la prise en charge par rapport aux familles des résidents consiste à les déculpabiliser et de les amener à accepter le placement de leur proche. Il s'agit également de leur faire constater les capacités préservées de leur parent. Enfin, ce type de prise en charge permet aux familles d'avoir un interlocuteur privilégié et accessible (réunions systématiques avec l'équipe pluridisciplinaire et les familles) dans le système de prise en charge.

Material may be protected by copyright law (Title 17, U.S. Code)

Équipe soignante

L'intervention est assurée par une équipe pluridisciplinaire composée de six aides soignantes, d'une ergothérapeute, d'une orthophoniste, d'une psychomotricienne et d'une psychologue, encadrée par un cadre ergothérapeute.

Lieu

La prise en charge s'effectue dans le Centre Interne de Jour (CIJ), s'intégré au sein des unités de soins de longue durée. Les activités thérapeutiques sont réalisées dans des lieux de vie au sein des unités.

Programme d'intervention

Deux groupes de 10 patients sont pris en charge pendant trois mois, cinq jours par semaine, de 9 heures à 17 heures.

Rôle des soignants

Entre 9 et 11 heures, les soignants accompagnent les patients dans leurs activités d'hygiène corporelle, d'habillage et d'entretien de la chambre. Les soignants tentent de trouver des réponses sur mesure face aux potentialités de chaque patient. Les patients étant souvent très dépendants, la technique la plus utilisée est celle de l'estompage de l'aide (Ylieff, 1994). Les soignants apportent dans un premier temps toute l'aide dont le patient a besoin, ils créent une relation de confiance et sont attentifs à la moindre séquence gestuelle dont le patient est capable. Puis les soignants stimulent, sollicitent et guident le patient afin qu'il participe ou réalise lui-même les gestes nécessaires à l'hygiène. Le soignant privilégiera, dans la mesure du possible, la douche ou la toilette au lavabo plutôt que la toilette au lit.

À 11 heures 30, les soignants rassemblent les patients dans la salle à manger et favorisent les échanges verbaux, ce qui contribue à établir une relation sociale et à créer une dynamique de groupe. Ensuite, le déjeuner a lieu dans une ambiance calme et conviviale. Les aides-soignantes stimulent les résidents pour manger. Leur rôle est de faire avec le patient et non de faire à la place du patient. Pour les patients qui ont des difficultés, les aides-soignantes, les ergothérapeutes et les diététiciennes de l'établissement cherchent des solutions adaptées et individuelles : installation, ustensiles, présentation des aliments, constitution du menu...

L'après-midi, les soignants accompagnent les patients aux différentes activités et apportent une aide considérable aux thérapeutes qui interviennent quatre après-midi par semaine. De plus, une fois par semaine, ils animent des activités récréatives comme des goûters à thèmes, des jeux de société, des promenades ou des activités musicales.

Rôle des thérapeutes

Le premier objectif des thérapeutes est de maintenir un certain niveau de vigilance chez des patients généralement isolés et inactifs. Ceci leur permet, dans un second temps, d'utiliser leurs capacités cognitives résiduelles, parfois insoupçonnées par l'entourage et les patients eux-mêmes. Cette revalorisation des acquis augmente la confiance en soi et, de fait, permet parfois une amélioration cognitive et comportementale, voire une meilleure autonomie dans la vie quotidienne.

Les activités proposées sont spécifiquement adaptées aux patients déments institutionnalisés et concernent des thèmes communs qui sont étroitement liés à la problématique de la pathologie démentielle, et ont un but thérapeutique. Les principaux domaines d'activités proposés sont l'orientation temporelle et spatiale, le schéma corporel et la stimulation sensorielle. D'autres thèmes peuvent être abordés, mais ils doivent toujours susciter un intérêt pour les patients, être concrets et le plus possible en rapport avec les activités de la vie quotidienne et l'environnement actuel ou passé des patients.

Une attention toute particulière est portée à l'orientation temporelle. Chaque séance commence en demandant la date complète, la saison et les événements importants autour de cette date. L'orientation spatiale est aussi systématiquement travaillée en demandant aux patients où ils se trouvent actuellement (le lieu, la salle, l'étage, la ville). Des événements importants de l'actualité peuvent être évoqués afin de maintenir un lien avec le monde extérieur. Il faut parler d'événements simples en fonction des intérêts personnels et de la curiosité des patients. Ensuite, le thème de l'activité doit être énoncé clairement (par exemple, « aujourd'hui, nous allons travailler sur les couleurs »). Les consignes doivent être également simples et énumérées au fur et à mesure de la séance. Les supports utilisés pour les séances sont toujours perceptifs (visuels, auditifs, olfactifs, ...) et concrets.

Quel que soit l'intervenant, les activités de l'après-midi sont thérapeutiques dans la mesure où s'effectue une stimulation globale de diverses facultés et de la communication. Le cadre sécurisant (régularité des horaires et des lieux) et l'organisation cohérente des séances (même thème abordé par les divers thérapeutes, mais sous des angles différents) créent un environnement favorable au développement d'une dynamique de groupe et d'une certaine créativité (Feil, 1994).

Pour constituer et maintenir une dynamique de groupe, il est important de présenter tous les patients et les soignants lors de la première séance en insistant sur les noms et prénoms de chacun. Lors des séances suivantes, les présentations peuvent être plus brèves, mais il faut utiliser le plus possible les noms pour communiquer avec les patients. Au début d'une nouvelle session, la plupart des patients montrent de l'indifférence, voire de l'hostilité à l'égard du groupe. Au fil des semaines, les interactions émergent et s'enrichissent, et les patients prennent de plus en plus de plaisir aux activités.

Les situations d'échec doivent être évitées. Les activités communes à l'ensemble du groupe sont donc présentées de manière personnalisée à chacun des patients en tenant

Material may be protected by copyright law (Title 17, U.S. Code)

compte de leurs capacités et de leur rythme. Ensuite, un travail commun et oral peut avoir lieu. C'est un moment privilégié pour favoriser l'émergence d'une dynamique de groupe car chacun peut s'exprimer librement sur le thème. En fin de séance, il est important de récapituler ce qui vient d'être fait et de demander l'avis des patients sur l'activité. Par ailleurs, pour maintenir la cohésion du groupe, les thérapeutes et les soignants tentent d'anticiper, de canaliser et de dédramatiser l'émergence de comportements inadaptés pendant les activités.

La stimulation cognitive

Les objectifs de la stimulation cognitive sont de développer ou d'entretenir les acquis et les motivations, de retrouver une confiance en soi et de rompre l'isolement social. À partir du concept de stimulation cognitive ont été développées différentes méthodes appelées « Programmes d'Activités Cognitives » (PAC) (de Rotrou *et al.*, 1999, 2002) en référence à un contexte donné (normal ou pathologique) et à une population donnée (adolescents, adultes jeunes ou âgés). Le PAC destiné aux patients déments ambulatoires a été adapté pour pouvoir être utilisé avec la population démente institutionnalisée du CIJ.

Les activités du psychologue mettent en jeu principalement les différentes composantes de la mémoire et les ressources attentionnelles. La mémoire implicite grâce à la technique de l'amorçage permet l'émergence de souvenirs anciennement vécus à partir d'indices perceptifs tels que les parfums, les couleurs, les formes, les musiques... La mémoire sémantique, qui stocke les informations générales sur l'environnement et sur nous-même, semble longtemps préservée dans la maladie d'Alzheimer. Par conséquent, le rôle de la mémoire sémantique est central en stimulation cognitive afin de maintenir l'accès au lexique et un bon niveau de compétence en vocabulaire. Le renforcement des connaissances historiques, géographiques, culturelles et personnelles est également indispensable aux patients. Elles contribuent à la conservation de leur identité personnelle et de leurs repères par rapport au monde extérieur. La mémoire autobiographique et les souvenirs plus ou moins affectifs sont également prioritairement stimulés. Au-delà de la sémantique personnelle, ils permettent aux patients de revivre des événements anciens qui constituent leur identité. Les ressources attentionnelles, naturellement diminuées avec l'évolution de la démence sont largement stimulées lors des séances. L'attention est nécessaire dans toutes les tâches exigeant un contrôle dans la réception des informations ou dans l'expression orale, écrite ou motrice. La stimulation cognitive permet d'acquérir un certain niveau de vigilance favorisant la capacité d'écoute et la réceptivité.

L'orthophonie

La prise en charge orthophonique vise à maintenir les capacités langagières et une communication fonctionnelle et adaptée.

En situation d'exercice, l'orthophoniste tente de faire resurgir, à l'aide de différents supports, le stock lexical par l'évocation des souvenirs personnels ou des connaissances sémantiques. Un travail s'effectue aussi sur le sens des mots. En effet, dans le jargon du dément, il existe une rupture entre le signifiant (forme acoustique ou écrite des mots) et le signifié (sens du mot, ce à quoi il réfère). Les exercices linguistiques types sont l'évocation ou la dénomination, l'explicitation d'expressions imagées ou abstraites, les définitions ou classement de mots par catégories sémantiques, l'association mots/images. Il est fréquent d'observer que les associations d'idées, la réminiscence des souvenirs et les manifestations d'émotions favorisent l'émergence de mots peu employés. Les séances d'orthophonie stimulent ainsi le stock lexical afin d'éviter qu'il ne s'appauvrisse par défaut d'usage.

Dans tous les exercices proposés, deux exigences sont à prendre en considération. Il s'agit de laisser le temps aux patients de formuler leur message (même s'il est erroné) et de retransmettre aux autres patients du groupe ce qui a été dit afin que tout message ait valeur de communication. Ainsi un patient, dont l'expression orale est réduite, est amené à la communication par une incitation verbale systématique. Toute réponse verbale ou gestuelle, si minime soit-elle, est systématiquement valorisée. Pour un patient situé sur le pôle opposé, logorrhéique et inattentif, l'orthophoniste tente de faire respecter le schéma de la communication en le canalisant sur le thème abordé, en limitant son débit verbal et en le contraignant à respecter les tours de parole.

L'ergothérapie

L'objectif de l'ergothérapeute est de permettre aux patients de conserver, voire de réacquérir des capacités attentionnelles, posturales et gestuelles, favorisant leur indépendance et leur autonomie.

L'ergothérapeute adapte si nécessaire l'environnement (fauteuil, toilette, assiette anti-dérapante...) et l'emploi du temps du patient (utilisation de la marche, respect des temps de repos...) et conseille les aides-soignants. Lors des activités, qui sont le plus souvent conçues pour être menées sur une seule séance, l'ergothérapeute utilise des objets et des images pour inciter le patient à se souvenir d'un geste, d'une activité. Les supports sont choisis en fonction du thème et des possibilités du groupe. Par exemple, des accessoires vestimentaires pourront être utilisés pour un travail sur le corps permettant ainsi de retrouver le geste de passer une cravate derrière le cou, un chapeau sur la tête... (Ylieff, 1994). C'est en exploitant la mémoire procédurale que l'ergothérapeute amène le patient à réaliser une activité ou à y participer. De plus, l'ergothérapeute, par la description du geste tenté par le patient et par ses questions, amène le groupe à retrouver le vocabulaire et le contexte associés (par

Material may be protected by copyright law (Title 17, U.S. Code)

exemple : « le parfum, c'était cher, je n'en mettais que pour les grandes occasions »). L'activité doit être valorisante et inciter à une participation physique et cognitive. Le gain d'autonomie se fait surtout par la ré-appropriation de la possibilité d'émettre des choix : l'avis des personnes est sollicité aux différents stades des activités.

La psychomotricité

L'objectif de la prise en charge psychomotrice est de permettre aux patients de mieux appréhender leur corps, de favoriser et harmoniser ainsi les relations que le patient entretient avec lui-même, avec autrui et son environnement. Grâce à un matériel approprié et ludique (balles, cerceaux...), les patients sont sollicités, stimulés et encouragés à réaliser des exercices, mais aussi à faire des expériences. Les échanges (donner, recevoir, écouter, proposer) sont largement favorisés au sein du groupe. Ils permettent à chacun de prendre sa place (renarcissisation) et de reconnaître la place des autres (socialisation).

Les patients qui interagissent entre eux mettent en jeu non seulement leurs capacités motrices et sensorielles, mais également leurs capacités relationnelles, émotionnelles, et de communication tendant vers un mieux-être, un mieux-vivre. La psychomotricité permet de restaurer un langage corporel autre que celui de la plainte somatique et inscrit les patients dans un lien social, un devenir.

Les relais et la formation

L'intervention étant limitée dans le temps (3 mois) et en capacité d'accueil (20 patients), des « relais » sont faits entre l'équipe du CIJ et les soignants des unités, le service d'animation et les familles pendant la durée de l'intervention et à l'issue de celle-ci.

Un travail quotidien de transmissions et d'échanges d'informations concernant les patients est réalisé entre les soignants de l'équipe multidisciplinaire et ceux de l'unité. Ceci vise à intégrer le patient dans la prise en charge du CIJ tout en conservant son appartenance à son unité de vie, puis d'assurer la continuité de la prise en charge à la fin de l'intervention.

À l'issue des trois mois de prise en charge, des réunions de relais ont lieu dans les différentes unités de l'hôpital. Elles ont pour objectif de faire le point entre les attentes des soignants et les bénéfices réellement observés. Elles visent surtout à évaluer quels sont les éléments importants de la prise en charge qui vont pouvoir être maintenus en tenant compte des moyens limités des unités de long séjour. Parfois, le simple respect d'une habitude de vie, une meilleure connaissance de la personne suffisent à améliorer les soins. Ces réunions permettent également d'informer les soignants sur l'évolution de leurs patients au cours de la prise en charge et des relais proposés avec l'animation.

Par ailleurs, l'équipe du CIJ organise des sessions de formation théorique et pratique des soignants de l'établissement sur la prise en charge des patients déments.

Tableau I. – Caractéristiques biométriques de la population.
Biometric characteristics of the population.

	Stimulés	Non stimulés
Nombre de sujets	43	38
Sex-ratio (H/F)	15/28	6/32
Âge moyen (année)	84,2	86
[Extrêmes]	[69-98]	[66-98]
Niveau éducation [(a)] :		
– 1	– 15	– 13
– 2	– 23	– 19
– 3	– 5	– 6
Exclus [(b)]	5	8

[(a)] Niveau d'éducation : 1 : BEPC, 2 : BAC, 3 : études supérieures ; [(b)] Exclus : décès ou pathologies intercurrentes n'ayant pas permis l'évaluation à M3.

Les relais avec le service d'animation permettent d'évaluer et de repérer les résidents qui vont pouvoir rejoindre des activités de groupe. Dans cette perspective sont pris en compte les désirs du résident et sa capacité à suivre une activité dans une relative autonomie. L'animation a l'avantage de proposer un ensemble d'activités passives et actives, et ainsi d'offrir un large choix d'activités au plus grand nombre. Les patients ayant des troubles du comportement accèdent cependant difficilement à ce type d'activités. Pour ces derniers, une prise en charge spécifique au sein des unités reste indispensable.

Une réunion avec les familles des patients est organisée au début du groupe pour préciser les objectifs et la méthode de prise en charge. Une deuxième réunion, après les trois mois de prise en charge, permet de faire le point sur les éventuels bénéfices obtenus et de proposer des solutions pour la suite. Par ailleurs, un carnet est disponible dans la chambre du patient pour informer la famille des activités réalisées. De cette façon, ils peuvent participer à la prise en charge en discutant avec leur proche des thèmes abordés et en communiquant aux intervenants des informations utiles. Les familles qui le souhaitent peuvent obtenir un rendez-vous avec un thérapeute pour évoquer un problème particulier et solliciter des conseils.

RÉSULTATS

Une première étude (Vidal *et al.*, 1998) a été menée pour évaluer les effets du programme d'intervention de trois mois sur l'efficience cognitive et l'intensité des signes et symptômes psychologiques et comportementaux de patients déments en institution. Dans cette étude randomisée, un groupe de 43 patients bénéficiant de l'intervention a été comparé à un groupe de 38 sujets de contrôle *(Tableau I)*. Une évaluation à la fois cognitive par le MMSE (Folstein *et al.*, 1975) et psychosociale par une échelle en 16 items *(Tableau II)* appréciant le comportement, l'affectivité, la sociabilité et la qualité de la commu-

Material may be protected by copyright law (Title 17, U.S. Code)

Tableau II. – Profil psychosocial.
Psychosocial profile.

	Score
Affectivité :	
– troubles majeurs	– 1
– état dépressif ou agressif ou agité installé	– 2
– état dépressif ou agressif ou agité fluctuant	– 3
– humeur normale	– 4
Sociabilité :	
– refus ou aucune recherche de contact	– 1
– communication après stimulation	– 2
– communication spontanée réduite	– 3
– recherche de contact normale	– 4
Comportement :	
– perturbe constamment	– 1
– perturbe souvent	– 2
– perturbe rarement	– 3
– ne perturbe jamais	– 4
Qualité de communication :	
– discours complètement désorganisé et incohérent	– 1
– discours cohérent mais inadapté	– 2
– parfois informative malgré les troubles du langage	– 3
– parfaitement informative	– 4

nication a été réalisée avant (M0) et après l'intervention (M3) par les soignants. Après trois mois de prise en charge, les auteurs ont mis en évidence une amélioration significative de l'efficience cognitive objectivée par le test du MMSE ($p < 0,01$), chez le groupe stimulé (+ 0,85 points en moyenne) par rapport au groupe non stimulé (+ 0,15 points en moyenne de gain). Les auteurs constataient également une baisse significative des items portant sur les troubles comportementaux ($p < 0,01$) chez les patients stimulés par rapport aux sujets de contrôle *(Tableau III)*. Les résultats ont donc permis de conclure que l'intervention permettait un bénéfice significatif sur les capacités cognitives résiduelles et les troubles du comportement.

Une autre étude a été menée pour mettre en évidence les effets du programme d'intervention sur les troubles du comportement des patients et sur la charge de travail des soignants (Gosselin *et al.*, 2003). Deux groupes de 29 sujets (un groupe avec intervention et un groupe sans intervention) ont été évalués à M0 et à M3 *(Tableau IV)*. Le MMSE permettait une évaluation globale du fonctionnement cognitif des patients. L'inventaire Neuropsychiatrique (NPI) (Cummings *et al.*, 1994 ; Robert *et al.*, 1998) adapté à l'équipe soignante (Sisco *et al.*, 2000) était utilisé pour évaluer 12 domaines comportementaux. Aucun effet de l'intervention n'était retrouvé sur le fonctionnement cognitif global. Les résultats montraient, en revanche, un effet bénéfique de la prise en charge globale sur les troubles de l'appétit ($p = 0,042$) *(Tableau V)*.

DISCUSSION

Bien que l'emploi du terme de rééducation soit critiquable lorsque l'on parle de pathologies dégénératives, le travail quotidien avec les différents thérapeutes (orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricienne et psychologue spécialisé en neuropsychologie) dans le cadre de cette prise en charge favorise un maintien des capacités

Tableau III. – Résultats statistiques (moyenne, écart-type, t de Student).
Statistical results (Means, Standard deviation, One-way t test).

Test/Item	Moyenne des différences des moyennes	Écart-type unilatéral	Probabilité
MMS :			
– Contrôle	– 0,71	– 3,00	< 0,01
– CIJ	– 1,37	– 4,12	
Affectivité :			
– Contrôle	– 0,21	– 1,00	NS
– CIJ	– 0,05	– 1,06	
Sociabilité :			
– Contrôle	– 0,05	– 1,23	NS
– CIJ	– 0,23	– 0,96	
Comportement :			
– Contrôle	– 0,18	– 0,82	< 0,01
– CIJ	– 0,37	– 0,96	
Qualité de communication :			
– Contrôle	– 0,05	– 0,82	NS
– CIJ	– 0,19	– 1,15	

NS : Non significatif.

Material may be protected by copyright law (Title 17, U.S. Code)

Tableau IV. – Paramètres descriptifs de la population d'étude.
Descriptive parameters of the study population.

	Groupe « avec intervention »	Groupe « sans intervention »	P significatif à p < 0,05
Effectif	29	29	–
Sexe (H/F)	8/21	4/25	–
Âge moyen (année)	87 (± 5,58)	87,6 (± 6,25)	0,73
MMS à M0	10,03 (± 8,12)	7,41 (± 8,59)	0,17
MMS à M3	9,69 (± 8,07)	7,96 (± 8,72)	0,38

Tableau V. – Moyennes des différences des moyennes entre M0 et M3, écart-types et valeur de P pour le score « trouble de l'appétit » de la NPI.
Means of mean differences, standard deviations and P values for "Appetite trouble" item of NPI.

	Moyenne des différences des moyennes à M3 et M0	Écart-type	P
Avec intervention	– 0,03	0,50	0,042
Sans intervention	0,24	0,51	

gestuelles, de mémorisation, d'orientation et de communication qui peut être quantifié. Par ailleurs, l'aspect social est prégnant grâce aux séances collectives qui favorisent la socialisation des patients souvent isolés dans les institutions. De plus, le travail institutionnel de l'équipe pluridisciplinaire avec les familles et les soignants par le biais des réunions, des relais et des formations permet d'améliorer la qualité des soins et l'intégration des résidents.

Certes, il existe des limites à cette prise en charge, notamment la durée de celle-ci (trois mois). Une prise en charge plus longue permettrait-elle un bénéfice cognitif, psychologique et comportemental significativement plus important pour le patient ?

La fin de prise en charge pose souvent le problème du « sevrage » après une période d'accompagnement privilégié sur le plan fonctionnel, psychologique et cognitif. La période de relais comprise dans le programme a précisément pour objectif de préparer ce « sevrage », en orientant progressivement les résidents vers des activités du service d'animation, en fonction de leurs capacités et de leurs motivations.

Par ailleurs, ce programme s'exerce par le biais d'un « Centre Interne de Jour » qui ne possède pas de locaux spécifiques. L'inconvénient est le caractère « mobile » de l'équipe d'intervention. L'avantage est d'intervenir au sein même des unités et de limiter les transferts chez ces patients en perte de repères spatiaux. En outre, en dehors de la prise en charge par l'équipe du CIJ, les résidents continuent d'être pris en charge par l'équipe de leur unité. Il ne s'agit donc pas de les soustraire à leurs habitudes au sein de leur unité de vie, mais plutôt d'intervenir sur leurs comportements et leur autonomie tout en conservant leur intégration et leur investissement dans leur unité d'accueil.

Malgré ces limites et bien que les évaluations ne soient pas toujours aisées dans cette population (décès, changement d'institution, pathologies intercurrentes...), les résultats obtenus permettent de conclure que ce programme d'intervention apporte un bénéfice cognitif, psychologique et comportemental significatif chez des patients institutionnalisés présentant une démence modérée à sévère. La différence à la limite de la significativité, sur les échelles d'évaluation, entre les patients bénéficiant de ce programme et ceux sans intervention pourrait être liée à la prise en charge non formalisée, difficilement quantifiable, par les équipes soignantes reçue par les patients sans intervention au sein de leurs unités, qui est susceptible de les améliorer sur le plan cognitif et comportemental. Ce facteur pourrait entraîner une sous-estimation du bénéfice de ce programme multidisciplinaire formalisée.

La littérature sur les interventions dans les institutions pour personnes âgées démentes est assez pauvre. La classification récente des prises en charge non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés de l'ANAES (2003) fait un état des lieux exhaustif des différentes méthodes qui existent pour aider les malades. Ce rapport conclut qu'aucune de ces méthodes de prise en charge non médicamenteuse ne permet d'observer quantitativement une amélioration de l'état cognitif.

Les interventions non médicamenteuses à modalité unique ne prennent en charge qu'une seule dimension du patient, par exemple la dimension cognitive ou psychologique ou sociale. La démence affectant l'ensemble de ces dimensions, ce type de prise en charge ne paraît pas approprié aux patients déments institutionnalisés. Les interventions à modalités multiples consistent essentiellement selon Edberg *et al.* (1999), en des changements réalisés dans l'environnement physique et psychosocial des patients. Par exemple, des chercheurs proposent l'installation d'un simu-

Material may be protected by copyright law (Title 17, U.S. Code)

lateur de présence pour diminuer les troubles du comportement en institution (Camberg *et al.*, 1999). L'approche multisensorielle a également fait ses preuves grâce à l'application d'un programme d'exercices multisensoriels avec les patients Alzheimer institutionnalisés (Heyn, 2003). Une autre équipe a rapporté l'efficacité d'un programme d'activités pour structurer la journée des malades et préserver leurs capacités (Rovner *et al.*, 1996). Une étude suédoise enfin a montré qu'une « supervision clinique systématique » (« systematic clinical supervision ») des soignants associée à un plan de prise en charge individualisé des patients apporte un bénéfice au niveau de la relation entre les soignants et les patients (Edberg *et al.*, 1996). Une équipe française a récemment décrit le fonctionnement d'un centre de jour interne à l'hôpital Bicêtre qui permet une prise en charge privilégiée de patients institutionnalisés (Rabier *et al.*, 2003). Les résultats de cette étude montrent dans l'ensemble un effet positif sur les troubles du comportement et les capacités cognitives, mais les auteurs précisent aussi que certains patients bénéficient plus que d'autres de l'intervention. Cet élément d'information ouvre la réflexion sur la nécessité de proposer différents types d'interventions suivant le type de démence et le stade d'évolution de la pathologie démentielle. Mais en pratique, une telle sélection des patients semble peu envisageable pour des raisons éthiques et économiques.

Malgré une grande hétérogénéité des approches non pharmacologiques dans la gestion des troubles psychologiques et comportementaux liés à la démence, la majorité des experts encouragent vivement les cliniciens à associer une prise en charge non pharmacologique aux traitements médicamenteux habituellement prescrits dans la démence. En effet, ces mêmes experts recommandent de privilégier les approches non pharmacologiques en première intention, de manière à retarder et limiter le plus possible la prescription de psychotropes (Doody *et al.*, 2001 ; Herrmann, 2001 ; Cohen-Mansfield, 2001). En ce sens, le développement de ces méthodes de prise en charge non pharmacologiques doit être encouragé. Il représente un enjeu important pour la qualité de vie des patients, pour la charge de travail des aidants, mais également pour le coût médical des pathologies démentielles, en institution comme en ambulatoire.

CONCLUSION

L'intérêt de ce programme d'intervention est de proposer une prise en charge globale. En effet, grâce à la richesse de la pluridisciplinarité, l'équipe prend en charge à la fois les troubles cognitifs, la perte d'autonomie et la détresse psychologique des patients déments institutionnalisés, tout en participant à l'élaboration du projet de vie de chacun dans l'institution. L'intervention est centrée sur le patient, mais elle vise aussi à établir ou rétablir une communication adaptée dans le triangle patient-famille-soignants.

Remerciements. Nous tenons à remercier chaleureusement les aides soignantes du Centre Interne de Jour pour leur remarquable dévouement et l'ensemble du personnel soignant des services de Gérontologie Clinique du Docteur Charasz et du Professeur Rigaud pour leur précieuse collaboration.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manuel of mental disorders, 4th. DSM IV. American Psychiatric Association, Washington DC, USA.

ANAES. (2003). Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés.

Camberg L, Woods P, Ooi WL *et al.* (1999). Evaluation of simulated presence: a personalized approach to enhance well-being in person with Alzheimer's disease. J *Am Geriatr Soc, 47:* 446-452.

Cheston R. (1998). Psychotherapeutic work with people with dementia: a review of the literature. *Br J Med Psychol, 70:* 211-231.

Cohen-Mansfield J. (2001). Non pharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary and critique. *Am J Geriatr Psychiatry, 9:* 361-381.

Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. (1994). The Neuropsychiatric Inventary: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology, 44:* 2308-2314.

de Rotrou J, Cantegreil-Kallen I, Gosselin A, Wenisch E, Rigaud AS. (2002). Cognitive stimulation: a new approach for Alzheimer's disease management. *Brain Aging, 2:* 48-53.

de Rotrou J, Frambourt A, De Susbielle D, Gelée S, Pradat-Diehl P, Forette F. (1999). La stimulation cognitive. *In :* La maladie d'Alzheimer, prédiction, prévention, prise en charge. 10e Congrès de la Fondation Nationale de Gérontologie. Fondation Nationale de Gérontologie. Paris. p. 125-142.

Doody RS, Stevens JC, Beck C *et al.* (2001). Practice parameter: management of dementia (an evidence-based study). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology, 56:* 1154-1166.

Edberg AK, Norberg A, Hallberg IR. (1999). Mood and general behavior of patients with severe dementia during one year of supervised, individualized planned care and systematic clinical supervision. Comparison with a similar control group. *Aging Clin Exp Res, 11:* 395-403.

Edberg AK, Hallberg IR, Gustafson L. (1996). Effects of clinical supervision on nurse-patient cooperation auality. A control study in dementia care. *Clinical Nursing Research, 5:* 127-149.

Feil N. (1994). Validation mode d'emploi. Techniques élémentaires de communication avec les personnes âgées séniles atteintes de démence de type Alzheimer. Éditions Pradel.

Finkel S, Costa E Silva JC, Cohen G, Miller S, Sartorius N. (1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr, 8:* 497-500.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975). « Mini-Mental State »: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res, 12:* 189-198.

Gagnon DL. (1996). A review of reality orientation (RO), validation therapy (VT), and reminiscence therapy (RT) with Alzheimer's client. *Physical Occup Ther Geriatr, 14:* 61-77.

Gerdner LA. (2000). Music, art, and recreational therapies in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Int Psychogeriatr, 12:* 359-366.

Gosselin A, de Rotrou J, Cantegreil-Kallen I *et al.* (2003). Bénéfices d'une prise en charge globale sur les troubles comportementaux des patients déments institutionnalisés. Santé et maison de retraite. *L'Année Gérontologique, 4:* 108-114.

Material may be protected by copyright law (Title 17, U.S. Code)

HERRMANN N. (2001). Recommendations for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Can J Neurol Sci, 28:* S96-S107.

HEYN P. (2003). The effect of a multisensory exercise program on engagement, behavior, and selected physiological indexes in persons with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen, 18:* 247-251.

KASL-GODLEY J, GATZ M. (2000). Psychosocial interventions for individuals with dementia: an integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clin Psychol Rev, 20:* 755-782.

RABIER P, RESCHE-RIGON M, NEISS M, MONTFORT J, HERVY MP. (2003). Expérience d'un centre de jour interne au sein d'une structure de longue durée. *La revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie, 10:* 487-494.

REISBERG B, FERRIS SH, DE LEON MJ, CROOK T. (1988). Global Deterioration Scale (GDS). *Psychopharmacol Bull, 24:* 661-663.

ROBERT PH, MÉDECIN I, VINCENT S, STACCINI P, CATTELIN F, GONI S. (1998). L'inventaire neuropsychiatrique : validation de la version française d'un instrument destiné à évaluer les troubles du comportement chez les sujets déments. Maladie d'Alzheimer. *L'Année Gérontologique, 5:* 63-87.

ROVNER B, STEELE C, SHMUELY Y, FOLSTEIN M. (1996). A randomised control trial old dementia care in nursing homes. *J Am Geriatr Soc, 7:* 13.

SISCO F, TAUREL M, LAFONT V *et al.* (2000). Les troubles du comportement chez le sujet dément en institution : évaluation à partir de l'Inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. *L'Année Gérontologique, 14:* 151-171.

VAN DE VICKEL A, FEYS H, DE WEERDT W, DOM R. (2004). Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clin Rehabil, 18:* 253-260.

VIDAL JC, LAVIEILLE-LETAN S, FLEURY AO, DE ROTROU J. (1998). Stimulation cognitive et psychosociale des patients déments en institution. *La Revue de Gériatrie, 23:* 199-206.

YLIEFF M. (1994). Évaluation et réadaptation des troubles de l'habillage dans les états démentiels. *In :* L'apraxie, Le Gall D et Aubin G. Éditions Solal Marseille, collection Neuropsychologie.

Material may be protected by copyright law (Title 17, U.S. Code)