

Alternatives non pharmacologiques pour la prise en charge des SPCD



Le présentateur à reçu des fonds de recherches et des honoraires des

compagnies pharmaceutiques:

**Eisai, Pfizer, Novartis, Janssen Cilag, Wyeth, GE,
Lundbeck et Biocodex.**

- **Apathie**
- **STIM – EHPAD**
- **RESUME**

- **Apathie**
- **STIM – EHPAD**
- **RESUME**

Original article

Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders

A -

Perte ou baisse de motivation comparativement à l'état antérieur ou au fonctionnement normal pour l'âge et le niveau culturel du patient. Ce changement est rapporté par le patient lui-même ou son entourage

B -

Présence la plupart du temps durant une période minimum de 4 semaines d'au moins 1 symptôme dans au moins 2 des trois domaines suivants :

B1 - ACTION

Perte ou réduction des comportements dirigés vers un but

B2 – COGNITION

Perte ou réduction des activités cognitives orientées vers un but

B3- EMOTION

Perte ou diminution des émotions

C.

Les critères (A et B) sont à l'origine d'une souffrance et/ou interfèrent avec la vie sociale et occupationnelle.

D.

Les critères (A et B) ne s'expliquent pas exclusivement par un handicap physique (p.ex. cécité, surdité, etc.) ou des troubles moteurs, par une réduction du niveau de conscience ou par les effets physiologique directs d'une substance (p.ex. abus de toxique, médicaments)

B -

Présence la plupart du temps durant une période minimum de 4 semaines **d'au moins 1 symptôme dans au moins 2 des trois domaines suivants :**

B1 - ACTION

Perte ou réduction des comportements dirigés vers un but

B2 – COGNITION

Perte ou réduction des activités cognitives orientées vers un but

B3- EMOTION

Perte ou diminution des émotions

Dans chaque domaine 2 symptômes

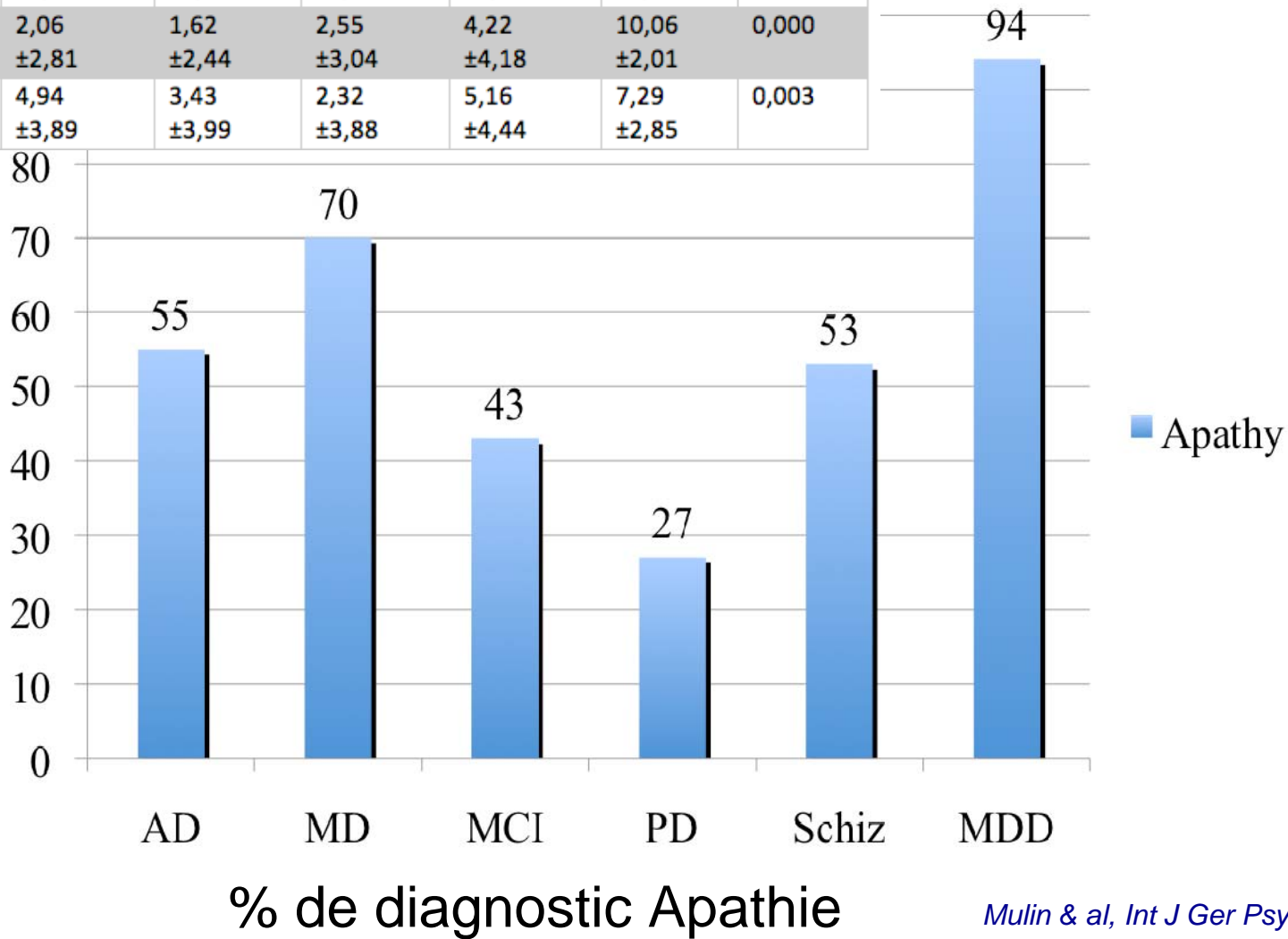
Symptôme 1

Perte des comportements auto initiés ...

Symptôme 2

Perte des comportements en réponse aux sollicitations de l'environnement

| | AD | MD | MCI | PD | Schiz. | MDD | anova : |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|---------|
| N | 132 | 50 | 30 | 44 | 32 | 18 | |
| Sexe ratio | 45/91 | 23/27 | 15/11 | 26/18 | 22/10 | 6/12 | |
| Age | 79,18 ±6,54 | 79,1 ±6,56 | 74,4 ±10,19 | 66,34 ±9,23 | 37,88 ±13,74 | 60,72 ±19,21 | 0,000 |
| MMSE | 18,27 ±4,57 | 17,48 ±5,18 | 25,53 ±2,73 | 26,23 ±3,85 | 26,88 ±2,81 | 27,61 ±2,4 | 0,000 |
| NPI depression | 2,81 ±3,67 | 2,06 ±2,81 | 1,62 ±2,44 | 2,55 ±3,04 | 4,22 ±4,18 | 10,06 ±2,01 | 0,000 |
| NPI apathy | 4,09 ±3,89 | 4,94 ±3,89 | 3,43 ±3,99 | 2,32 ±3,88 | 5,16 ±4,44 | 7,29 ±2,85 | 0,003 |



Environmental correlates of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia[†]

Sytse U. Zuidema¹, Jos F. M. de Jonghe², Frans R. J. Verhey³ and Raymond T. C. M. Koopmans¹

Key Points

- Neuropsychiatric symptoms in nursing homes varies among dementia special care units (SCUs).
- Nursing home patients with dementia show less apathy at SCUs with more staff.
- Patients in large SCUs do not show more symptoms than in smaller SCUs.
- The variation of symptom prevalence rates among SCUs is evidence for the environmental contribution of neuropsychiatric symptoms in dementia.

Methods: 1289 patients in 56 Dementia Special Care Units (SCUs) in the Netherlands were assessed using the Neuropsychiatric Inventory–Nursing Home version (NPI–NH) and the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Potential correlates of the neuropsychiatric symptoms studied were gender and age of the patient, dementia severity, psychoactive medication use and environmental correlates such as the number of patients per unit or per living room, staff size/patient ratio, time spent on care activities and presence of a walking circuit. Multilevel logistic regression analysis was used to estimate the relative contribution of the different factors in explaining neuropsychiatric symptoms variability.

Results: The prevalence of neuropsychiatric symptoms differed between SCUs, also after correcting for patient factors. Patient-related factors explained 7–21% of the total variance of neuropsychiatric symptoms. Intra Class Correlation (the correlation of symptoms of patients within SCUs) ranged from 0.039 (psychosis) to 0.163 (apathy). The variance in SCU symptom prevalence (variance between SCUs) accounted for 3.5–14.8% of the total variance in neuropsychiatric symptoms. In SCUs of which the staff spent more time on care activities did the patients show lower levels of apathy. Other environmental correlates did not predict neuropsychiatric symptoms.

Conclusion: The substantial variation of prevalence rates between SCUs in combination with the clustering of symptoms within SCUs is strong evidence for the environmental contribution to neuropsychiatric symptoms and the multifactorial nature of behaviour in dementia. Copyright © 2009 John Wiley & Sons, Ltd.

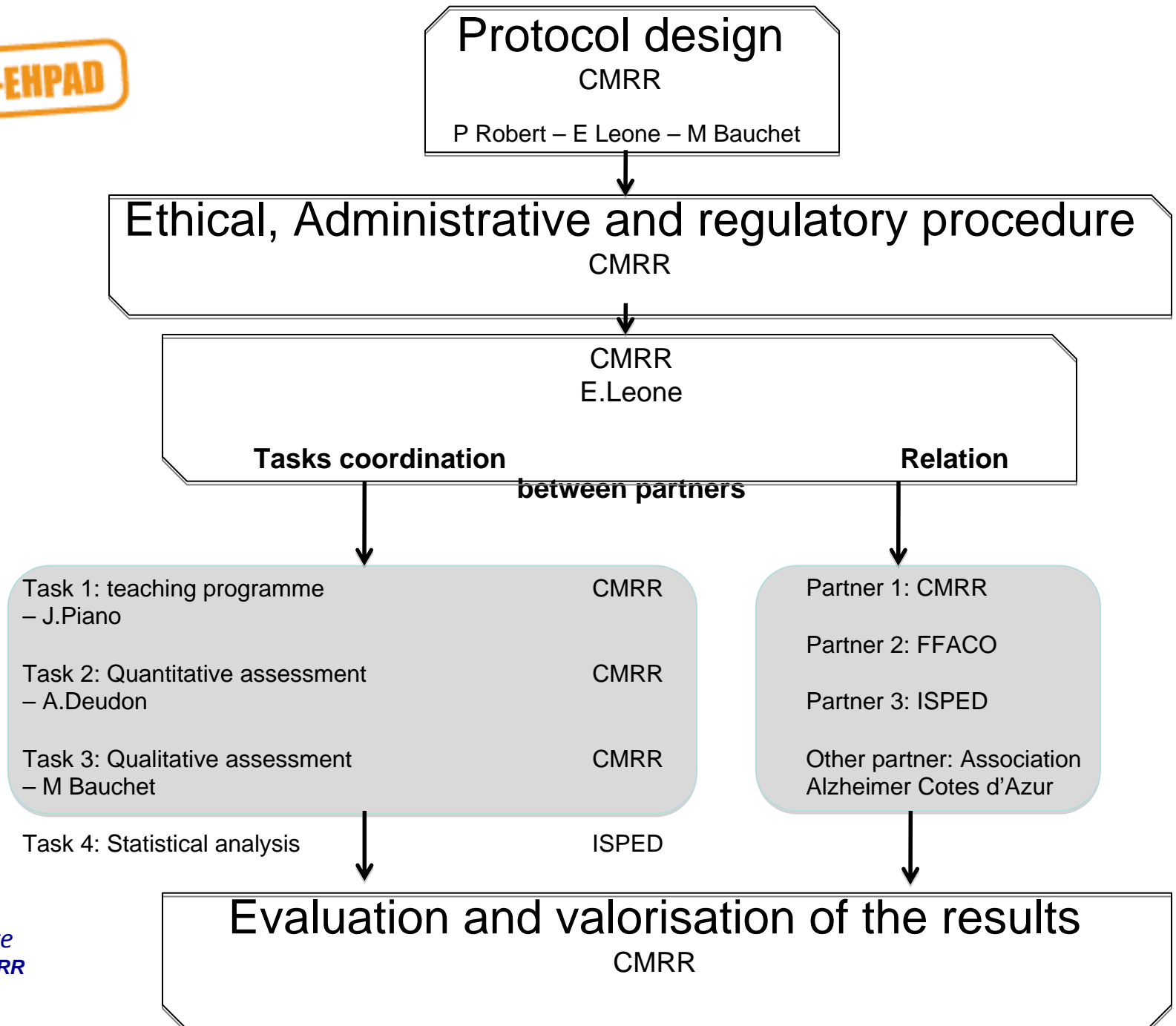
- Apathie
- **STIM – EHPAD**
- RESUME

Actions Sciences Humaines et sociales 2009

Dossier de soumission

Ce dossier doit être envoyé le 2 juin 2009 au plus tard

- Oct – Nov 2009: Accord
- Dec – Fev 2010: Convention, CPP, préparation
- Avril 2010: Début étude
- Juin 2010: Analyse descriptive
- Nov – Déc 2010: Analyse quantitative
- Mars 2011: Analyse qualitative



Objectifs

Évaluer l'efficacité à court et à moyen terme d'une formation des soignants aux stratégies de stimulation sur les troubles du comportement à type d'apathie chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer ou une pathologie apparentée et vivant en EHPAD, comparativement à un groupe de référence.

- diagnostic de MA ou pathologie apparentée,
- MMSE < 24,
- Apathie selon les critères diagnostic.

✓ 2 professionnels indépendants et expérimentés vont rencontrer les soignants pour:

- une formation sur des conduites à tenir ou sur des méthodes de stimulation visant la réduction des troubles du comportement à type d'apathie (1 séance de 2h/semaine sur 1 mois).

- une structuration des activités d'animation proposées aux résidents (introduction, présentation, réalisation, évaluation) (1 séance de 2h/semaine sur 1 mois).

STIM-EHPAD

TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE

*de la Maladie d'Alzheimer
et des pathologies apparentées*

Application aux troubles du comportement en EHPAD APATHIE - HUMEUR DÉPRESSIVE

A FAIRE ou A NE PAS FAIRE dans toutes les situations

1. Essayer de connaître la ou les causes de l'apathie et/ou de l'humeur dépressive.
2. Vérifier si l'apathie ou l'humeur dépressive n'est pas la conséquence d'un trouble somatique ou d'une cause environnementale.
3. Relever les événements favorisant l'apparition d'un trouble du comportement.
4. Connaître la personnalité antérieure du résident, son histoire et ses intérêts passés et présents.
5. La position du soignant doit être bienveillante et le résident doit être considéré comme une personne dans sa globalité.
6. Privilégier l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.
7. Valoriser les aspects positifs de la participation aux actes de la vie quotidienne et aux ateliers.
8. S'abstenir de faire la morale au résident, des remarques humiliantes ainsi que du chantage.
9. Éviter les abus de pouvoir.
10. Éviter de laisser le résident isolé dans sa chambre.

STIM-EHPAD

SAVOIR ÊTRE A tous moments

MATINEE

- Se présenter.
- Souhaiter une bonne journée.
- Engager une conversation.
- Solliciter l'aide du résident pour les transferts.
- Parler des activités proposées dans la journée.
- Ne pas générer une ambiance d'urgence.

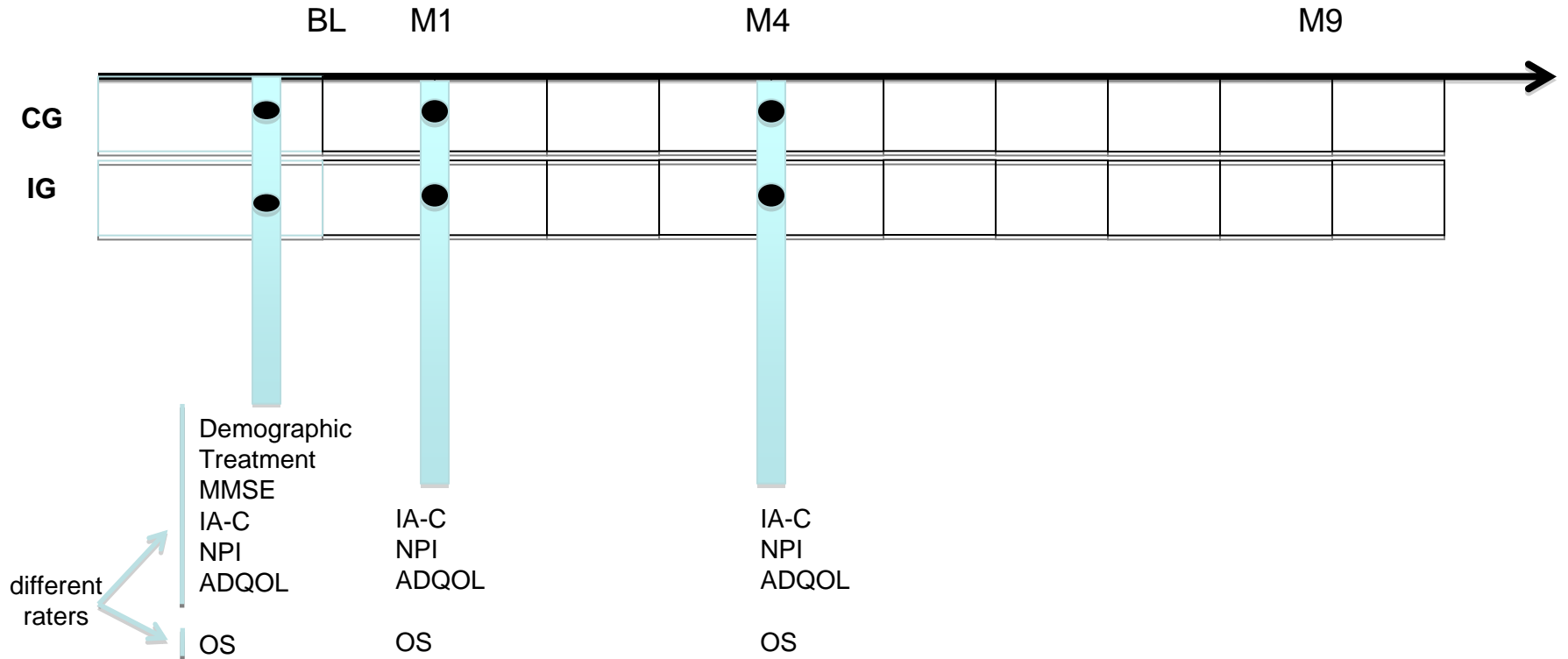
TOILETTE

- Prévenir le résident que le moment de la toilette va arriver.
- Rechercher son accord.
- Être doux dans les gestes et dans la voix.
- Expliquer au résident ce qui va être fait au fur et à mesure.
- Proposer au résident d'exécuter lui-même certains gestes de la toilette en fonction de ses capacités.
- Discuter avec le résident pendant la toilette.
- Proposer au résident de choisir ses vêtements.
- Selon ses capacités l'inciter à s'habiller seul.

Task 2: Quantitative assessment- Evaluation

Responsible: CMRR – Audrey Deudon + rater (4)

CG = control group
IG = Intervention group

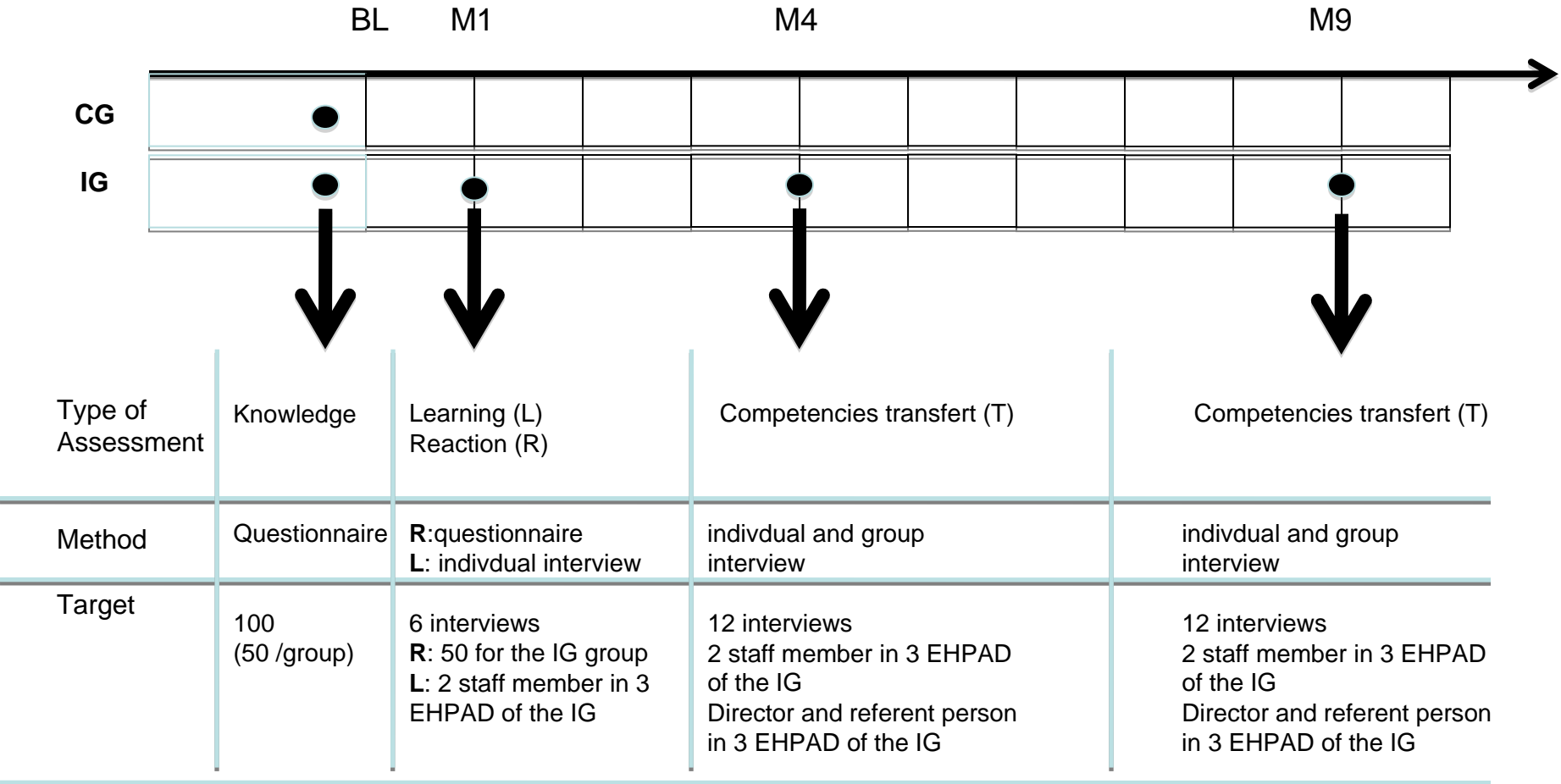


Task 3: Qualitative assessment of staff members

Responsible: CMRR - Murielle Bauchet



CG = control group
IG = Intervention group



1 IDEES DELIRANTES

<http://www.cmrr-nice.fr>

2 HALLUCINATIONS

3 AGITATION / AGRESSIVITE

4 DEPRESSION / DYSPHORIE

5 ANXIETE

6 EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

7 APATHIE / INDIFFERENCE

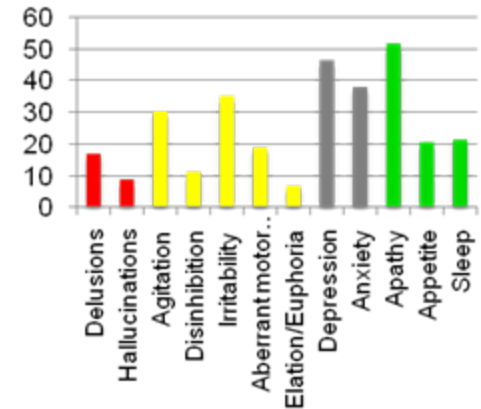
8 DESINHIBITION

9 IRRITABILITE / INSTABILITE DE L'HUMEUR

10 COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

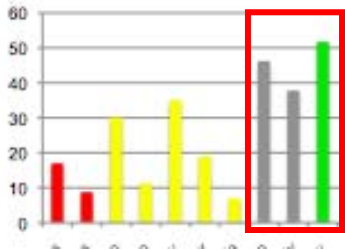
11 SOMMEIL

12 APPETIT



Apathie, Dépression, Anxiété

STIM-EHPAD



Nombre total de résidents dans
les EHPAD sélectionnés (16
EHPAD)

1371

16 %

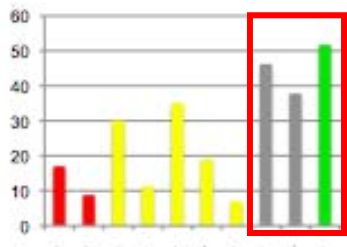
Nombre total de
patients retenus pour
l'étude : **230**

183 F 47 H

Age: 88,3

MMSE score: 12,6

Apathie, Dépression, Anxiété

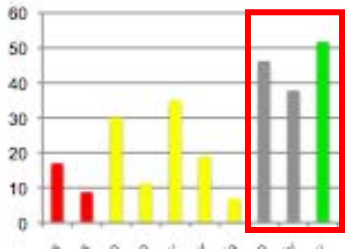


Nombre total de résidents dans
les EHPAD sélectionnés (16
EHPAD)
1371



| | | |
|--------------------------|---------------|------------|
| 1 item NPI > 0 | 14,5 % | 200 |
| 1 item NPI > 3 | 11,5 % | 157 |
| 1 item NPI > 7 | 6,7 % | 93 |

Apathie, Dépression, Anxiété



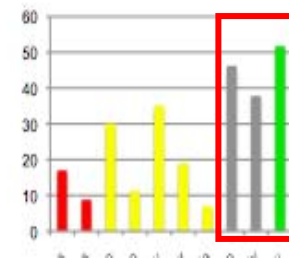
Nombre total de patients retenus pour l'étude : **230**



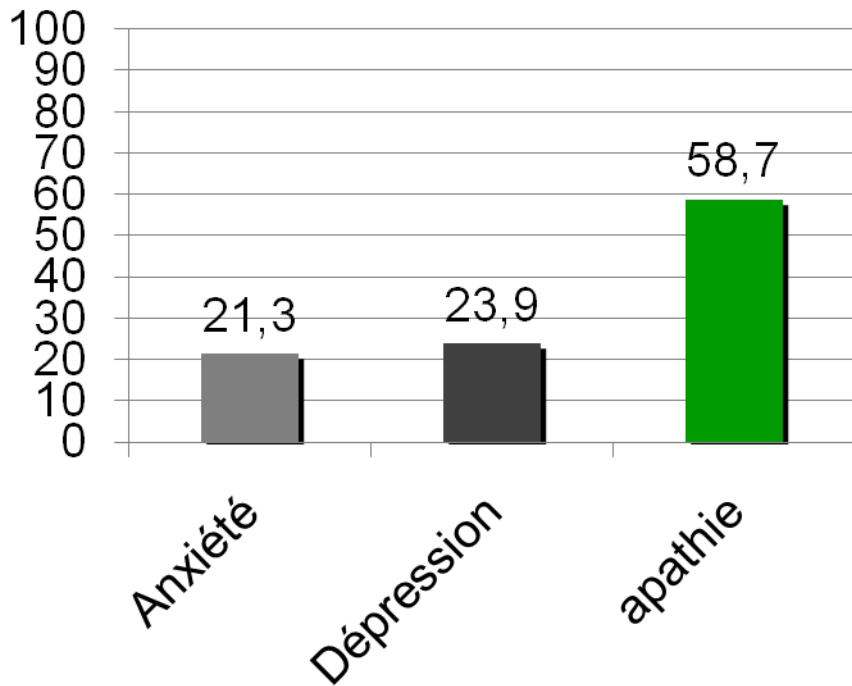
1 item NPI > 3 **68,2 %**

1 item NPI > 7 **40 %**

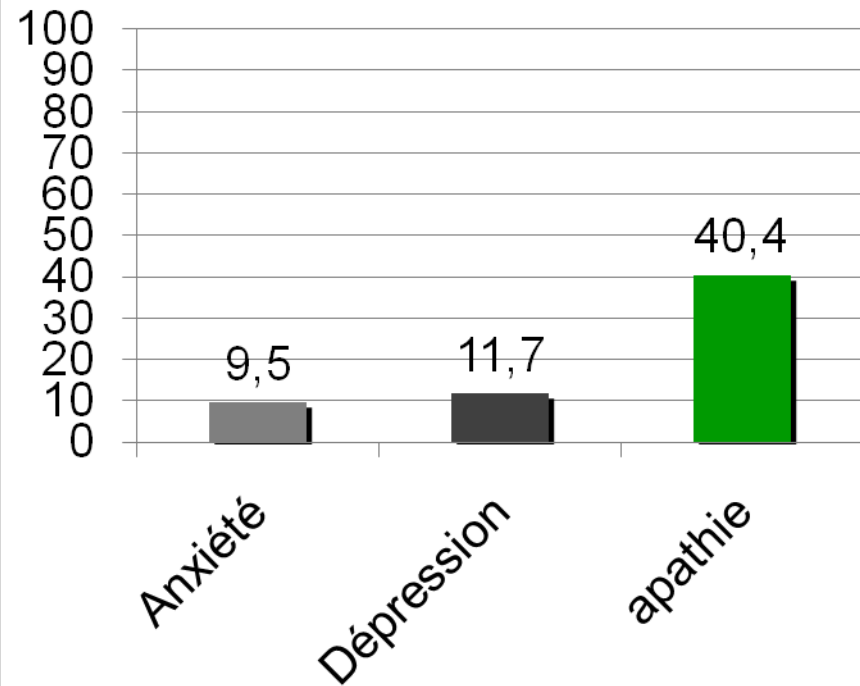
Anxiété Dépression **Apathie**



score > 3

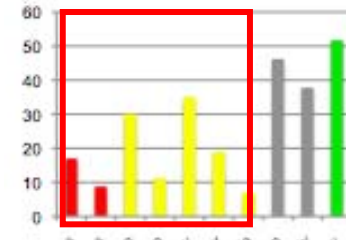


score > 7

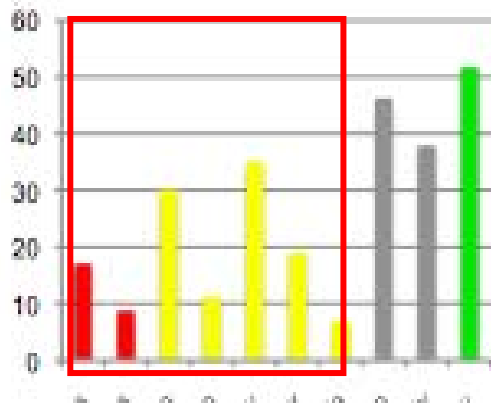


Nombre total de patients retenus pour l'étude : **230**

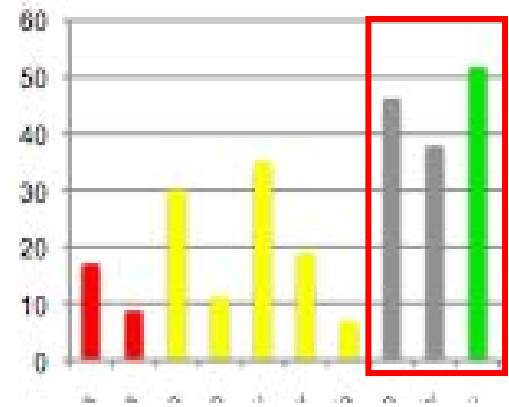
Présence de symptômes des sous groupes NPI Hyperactivité et / ou Psychose



| | Psychose | Agitation |
|----------------|---------------|--------------|
| 1 item NPI > 3 | 16,5 % | 22,6% |
| 1 item NPI > 7 | 8,7% | 9,1% |



**TNM
EHPAD**



STIM-EHPAD

Inclusion:

306

230

1 item NPI > 7

73 %

40 %

Can Persons With Dementia Be Engaged With Stimuli?

*Jiska Coben-Mansfield, Ph.D., Marcia S. Marx, Ph.D.,
Maha Dakheel-Ali, M.D., Natalie G. Regier, B.A.,
Khin Thein, M.D.*

(Am J Geriatr Psychiatry 2010; 18:351-362)

- Apathie
- STIM – EHPAD
- **RESUME**

Antipsychotiques

- La prescription d'antipsychotiques doit être le résultat d'une évaluation soigneuse du rapport bénéfice-risque
- Toute prescription est intégrée au plan de soins personnalisé du patient
- possible, hors situation d'urgence, lorsque des mesures non pharmacologiques sont inefficaces ou inapplicables

Antidépresseurs

- Détecter la dépression par un outil adapté
- Faire un diagnostic de maladie dépressive
- Mettre en place un traitement antidépresseur à dose efficace
- Eviter les antidépresseurs anticholinergiques
- Traitement pour une durée prolongée (≥ 1 an)
- Réévaluation clinique régulière
- Eviter les associations de psychotropes

Anxiolytiques

- La prescription prolongée des BZD a un effet négatif faible sur les fonctions mnésiques
- L'utilisation des BZD à longue demi-vie doit se faire très rarement et pour des périodes limitées chez le sujet âgé. Le ratio effets indésirables/efficacité ne soutient pas une utilisation dans la maladie d'Alzheimer
- Les BZD à courte demi-vie peuvent être utilisées comme alternative aux neuroléptiques atypiques dans les troubles comportementaux qui s'installent comme expression d'une forte anxiété prémorbide

Traitements spécifiques

- Les IChE ont un effet mesurable sur le comportement, particulièrement sur l'apathie
- La memantine a un effet sur le comportement, surtout pour l'agitation et l'agressivité