



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

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

RECOMMANDATIONS

Mai 2009

L'argumentaire et la synthèse des recommandations sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

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

Sommaire

1	Introduction	4
2	Description des symptômes	5
3	Démarche diagnostique	6
3.1	Démarche d'évaluation des troubles.....	6
3.2	Sources d'information.....	7
3.3	Outils d'évaluation	7
3.4	Enquête étiologique.....	7
3.5	Synthèse et transmission des informations	9
4	Techniques de soins et interventions non médicamenteuses	10
4.1	Techniques de soins	10
4.2	Interventions non médicamenteuses	11
4.3	Place d'un avis spécialisé	11
4.4	Place de la contention physique	12
4.5	Place de l'hospitalisation	12
4.6	Place de l'institutionnalisation	13
5	Interventions médicamenteuses	13
5.1	Médicaments ayant une indication spécifique pour le traitement de la maladie d'Alzheimer.....	14
5.2	Psychotropes.....	14
6	Suivi et prévention des troubles du comportement	17
6.1	Soutien et information aux aidants.....	17
6.2	Soutien et formation des professionnels.....	18
6.3	Environnement adapté au patient	18
	Annexe 1. Inventaire neuropsychiatrique – NPI	19
	Annexe 2. Inventaire neuropsychiatrique - Réduit (NPI-R)	30
	Annexe 3. Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)	33
	Annexe 4. Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI - <i>Cohen-Mansfield Agitation Inventory</i>)	37
	Annexe 5. Arbre décisionnel	38
	Méthode <i>Recommandations pour la pratique clinique</i>	39
	Participants	41
	Fiche descriptive des recommandations	44

Recommandations

1 Introduction

► Contexte d'élaboration des recommandations

L'élaboration de ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBP) sur la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs au cours de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées s'intègre dans la mesure 15 du Plan Alzheimer 2008-2012 et également dans le programme pilote de la Haute Autorité de Santé (HAS) intitulé « Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées » (Psycho SA).

Au sein de la mesure 15 du Plan Alzheimer, dont la HAS est pilote, ces RBP répondent à la sous-mesure « Élaboration de recommandations de pratique clinique sur les modalités de sédation des troubles du comportement dans les situations difficiles, et sur la prise en charge des troubles du comportement ». Des RBP sur le thème « Confusion aiguë chez les personnes âgées : prise en charge initiale, place et modalités du traitement médicamenteux de l'agitation » sont également produites par la HAS dans ce contexte. Tous ces travaux complètent les RBP sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées déjà publiées en 2008 par la HAS¹.

► Thème des recommandations

Ces recommandations portent sur la prise en charge des troubles du comportement jugés par l'entourage (aidants et proches, professionnels intervenant auprès du patient, autres patients, etc.) comme dérangeants, perturbateurs, dangereux, que ce soit pour le patient ou pour autrui. Les symptômes sont définis au chapitre 2. Les troubles du comportement déficitaires ou de retrait (apathie, repli sur soi, dépression), également fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, et leur prise en charge ne sont pas traités dans ces RBP.

Ces RBP abordent :

- la description des troubles du comportement perturbateurs ;
- le diagnostic ;
- la prévention ;
- les interventions thérapeutiques non médicamenteuses ;
- les interventions thérapeutiques médicamenteuses à mettre en œuvre en cas d'échec des interventions non médicamenteuses.

► Objectifs des recommandations

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

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

¹ Recommandations professionnelles : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Mars 2008. Haute Autorité de Santé.

► **Patients concernés**

Sont concernés les patients ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée présentant des troubles du comportement jugés par l'entourage comme dérangeants, perturbateurs, dangereux, que ce soit pour le patient ou pour son entourage. Les patients peuvent se trouver à leur domicile, dans un établissement ou une structure sanitaire ou médico-sociale².

► **Professionnels concernés**

Ces RBP concernent tous les professionnels de santé ou médico-sociaux et également les aidants intervenant auprès des patients dans le lieu de vie. Certaines sont propres aux médecins.

► **Gradation des recommandations**

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

2 Description des symptômes

Il s'agit de comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui (cf. tableau 1), qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées.

Ce sont des symptômes différents dans leur nature mais qui ont des caractéristiques communes :

- ils sont fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées ;
- ils signalent le plus souvent une rupture par rapport au fonctionnement antérieur du patient ;
- ils sont souvent fluctuants en intensité ou épisodiques ;
- ils sont interdépendants, souvent associés ;
- ils peuvent être précédés par des changements minimes de comportement.

Ils peuvent avoir des conséquences importantes en termes de :

- qualité de vie et adaptation des patients à leur environnement ;
- qualité de la prise en charge, exposant au risque de maltraitance ou de négligence ;
- pronostic fonctionnel de la maladie ;
- prescription médicamenteuse inappropriée ;
- risque accru d'hospitalisation et d'entrée en institution ;
- qualité de vie et état de santé physique et psychique des aidants.

Ces troubles du comportement doivent être systématiquement recherchés lors du suivi³.

La prise en charge des troubles du comportement nécessite :

- leur description précise ;
- la recherche de leurs causes ;
- l'analyse des attitudes préalables des aidants et des professionnels face à ces troubles.

² Pour les établissements médico-sociaux voir les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Anesm. Février 2009.

³ Recommandations professionnelles : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Mars 2008. Haute Autorité de Santé.

Opposition	Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité.
Agitation	Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié.
Agressivité	Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient.
Comportements moteurs aberrants	Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.
Désinhibition	Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant.
Cris	Vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives.
Idées délirantes	Perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie.
Hallucinations	Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles.
Troubles du rythme veille/sommeil	Troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du cycle nyctéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée.

3 Démarche diagnostique

3.1 Démarche d'évaluation des troubles

Il est recommandé de réaliser une évaluation structurée et personnalisée. Cette évaluation doit être hiérarchisée pour apporter rapidement des solutions efficaces en fonction du degré d'urgence.

La conduite à tenir recommandée est la suivante :

- apprécier le degré d'urgence, de dangerosité ou de risque fonctionnel à court terme pour le patient ou pour autrui ;
- interroger et examiner le patient, et interroger l'entourage (aidants, professionnels, etc.) sur l'ancienneté et les caractéristiques du trouble, les signes d'alerte éventuels, les circonstances de survenue ;
- rechercher une cause somatique (rétention d'urine, infection, douleur aiguë, fécalome, etc.) ou psychiatrique (crise d'angoisse sévère) à traiter en priorité ;
- rechercher des facteurs iatrogènes à corriger ;
- approfondir l'évaluation clinique des troubles (intensité, retentissement) ;
- compléter l'enquête étiologique :
 - faire le point sur les capacités sensorielles et cognitives,
 - identifier les facteurs prédisposants (de fragilité, d'environnement, de mode de vie),
 - rechercher les facteurs déclenchants ou de décompensation : événements ponctuels, problèmes relationnels, attitude inadaptée des aidants.

L'évaluation clinique et l'enquête étiologique doivent être répétées à différents moments de la prise en charge si le trouble persiste.

3.2 Sources d'information

Il est recommandé dans l'évaluation d'effectuer un entretien avec le patient et d'observer son comportement, quand il est seul et en interaction avec les autres personnes, et à différents moments de la prise en charge.

Il est recommandé d'avoir d'autres sources de renseignements pour préciser les troubles. Elles doivent provenir des aidants naturels ou des professionnels (soignants, auxiliaires de vie, travailleurs sociaux, etc.). Elles ne peuvent pas remplacer l'observation directe du patient et l'entretien avec lui.

Il est recommandé que les professionnels utilisent des outils d'évaluation, en particulier pour les troubles persistant depuis plusieurs jours (grilles, questionnaires, échelles, etc.).

3.3 Outils d'évaluation

En cas de troubles persistant depuis plusieurs jours, il est recommandé de les objectiver à l'aide d'un outil tel que l'inventaire neuropsychiatrique (NPI ou INP). Le NPI est un inventaire de 12 symptômes parmi les plus fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, qui évalue leur fréquence et leur sévérité, ainsi que le retentissement sur l'aidant ou le professionnel (cf. annexe 1). Il existe aussi une version courte de passation plus rapide : le NPI-Réduit (cf. annexe 2), et une version destinée aux équipes soignantes en établissement : le NPI-ES (cf. annexe 3). Malgré un temps de passation assez long et la nécessité de former les aidants à cet inventaire, l'usage du NPI est recommandé. Il n'y a pas de consensus sur l'utilisation systématique de cet outil, notamment en ville. Selon le lieu de vie, les versions suivantes du NPI peuvent être utilisées :

- à domicile : NPI ou NPI-Réduit, renseigné par l'aidant ou un professionnel ;
- en établissement : NPI-ES, renseigné par les soignants.

En cas d'agitation, l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI, Cohen-Mansfield Agitation Inventory) qui évalue plus particulièrement des comportements tels que l'agressivité physique, les déambulations et les cris, peut être utilisée en complément du NPI (cf. annexe 4).

L'évaluation doit rechercher les liens entre les différents symptômes. Des symptômes évidents peuvent en cacher d'autres, et des symptômes perturbateurs peuvent être aussi reliés à des symptômes de retrait moins apparents (par exemple, une attitude d'opposition ou des cris peuvent être sous-tendus par des idées délirantes ou des hallucinations).

3.4 Enquête étiologique

Les troubles du comportement ont une origine multifactorielle. Ils peuvent être déterminés par des facteurs :

- écologiques, liés à l'environnement et à l'entourage, aux aidants et aux professionnels ;
- propres à la personne (somatiques, personnalité) ;
- propres à la maladie (neurobiologiques, cognitifs).

Cette distinction artificielle ne doit pas faire ignorer que l'ensemble de ces facteurs sont souvent intriqués et interagissent entre eux.

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

► **Causes somatiques**

Il est recommandé de les rechercher en premier, en raison de leur gravité potentielle et des réponses thérapeutiques rapides qui peuvent y être souvent apportées. Ce sont :

- une douleur mal contrôlée, un fécalome, un globe vésical, une infection, etc. qui peuvent être souvent identifiés au terme d'un examen somatique éventuellement complété par des examens paracliniques. Ils sont en outre générateurs de confusion mentale, dont les conséquences psychologiques, cognitives et comportementales sont nombreuses⁴ ;
- une cause iatrogène dont le risque est majoré en cas de polymédication.

► **Causes psychiatriques**

Il est recommandé de rechercher un épisode dépressif ou anxieux actuel ou une décompensation d'une maladie psychiatrique préexistante qui peuvent se manifester par des troubles du comportement (agitation, opposition, troubles du sommeil, déambulations, cris, etc.).

► **Facteurs déclenchants**

Il est recommandé de relever les événements récents, même anodins, qui sont des facteurs de stress et peuvent faire décompenser un état de vulnérabilité. Il peut s'agir :

- de changements d'organisation de la prise en charge ou du lieu de vie du patient ;
- de modifications de l'environnement ou des intervenants ;
- de situations de conflit interpersonnel ou de contraintes vécues.

► **Facteurs prédisposants**

Facteurs cognitifs

Il est recommandé de déterminer les types de troubles cognitifs prédominants (mémoire, orientation, jugement, communication, praxies, fonctions exécutives, etc.) et ayant le plus de conséquences sur l'adaptation du patient à la vie quotidienne. La connaissance des déficits cognitifs sous-jacents est importante pour adapter au mieux l'attitude des aidants et des professionnels.

Comorbidités somatiques

Il est recommandé de vérifier la stabilité des pathologies chroniques, génératrices de handicap, de stress ou de contraintes, ainsi que l'utilité des mesures thérapeutiques, notamment médicamenteuses, qu'elles nécessitent. Une douleur est un facteur favorisant à rechercher systématiquement et à contrôler.

Facteurs d'autonomie fonctionnelle

Il est recommandé de rechercher, traiter ou compenser l'existence de déficits sensoriels, notamment auditifs et visuels, qui sont un facteur fréquent de difficultés d'adaptation à l'environnement.

Il est recommandé de rechercher la présence de handicaps physiques pour les déplacements, pour les activités basiques de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, gestion des besoins élémentaires) et de quantifier leur importance.

► **Facteurs de personnalité**

Il est recommandé de connaître autant que possible des éléments d'histoire de vie, du caractère et de la personnalité avant la survenue de la maladie, des modalités antérieures de réaction à des situations stressantes ou des problèmes de santé. Ces informations peuvent être récupérées auprès de proches du patient ayant une connaissance de sa biographie, mais elles doivent être interprétées selon la qualité des relations que le patient a entretenues ou a actuellement avec ses proches.

⁴ Recommandations professionnelles : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Mars 2008. Haute Autorité de Santé.

► **Facteurs relationnels**

Il est recommandé de prendre en compte :

- l'attitude des soignants et des aidants ;
- leur degré d'information et de formation ;
- leur capacité de communication, d'empathie, d'anticipation des besoins du patient et d'adaptation à ses symptômes.

► **Facteurs d'environnement**

Les contraintes environnementales, notamment en institution (lieux imposés, types de locaux, organisation de la journée), représentent un facteur pouvant favoriser la survenue de troubles du comportement.

3.5 Synthèse et transmission des informations

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

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

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

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

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

► **À domicile**

À domicile, y compris quand le patient bénéficie d'un hébergement ou d'une hospitalisation temporaire, le médecin traitant est le coordonnateur de la prise en charge⁵.

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

⁵ Recommandations professionnelles : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Mars 2008. Haute Autorité de Santé.

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

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

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

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

Dans le cadre des bonnes pratiques de soins en EHPAD en France, des fiches ont été proposées qui peuvent être adaptées à chaque situation⁶.

4 Techniques de soins et interventions non médicamenteuses

4.1 Techniques de soins

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

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

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

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

- éviter de faire à la place du patient ce qu'il est encore capable de faire : rechercher les capacités restantes et les stimuler ;

⁶ Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Direction générale de la santé. Direction générale de l'action sociale. Société française de gériatrie et gérontologie. Octobre 2007.

Fiches Etude TNM.

http://cm2r.enamax.net/onra/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=0

L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Anesm. Février 2009.

- installer une routine adaptée à ses habitudes (ne pas l'obliger à prendre un bain s'il a l'habitude de se doucher, etc.) ;
- laisser au patient la possibilité de faire ses choix (par exemple pour les plats ou pour les vêtements). Ces capacités diminuent en fonction de l'évolution de la maladie ;
- simplifier le quotidien au fur et à mesure de l'évolution de la maladie (par exemple, préférer les vêtements faciles à enfiler, éviter les plateaux-repas ou les tables trop encombrés, etc.) ;
- décliner les différentes tâches en plusieurs étapes (par exemple après le choix des vêtements, les présenter dans l'ordre de l'habillage) ;
- préserver l'intimité pour les soins et l'hygiène personnelle ;
- aider pour les soins d'hygiène corporelle, qui peuvent être un moment de tension : veiller à la température de la salle de bains et de l'eau, préparer les objets de toilette à l'avance (savon, gant, brosse à dents, etc.), respecter le besoin de pudeur du patient, lui donner une instruction à la fois, le prévenir avant de lui faire un soin comme lui laver le visage ;
- chercher des alternatives lorsqu'un soin peut être à l'origine d'un trouble du comportement ;
- rassurer et reconforter la personne régulièrement lors d'un soin ;
- laisser faire les comportements qui ne dérangent pas, à condition qu'ils ne soient pas dangereux ;
- proposer une activité ou des alternatives qui ont une signification lorsqu'il existe certains troubles : pour une déambulation qui dérange proposer une autre activité répétitive comme plier le linge ; pour une agitation, proposer d'écouter de la musique ou regarder l'album photo personnel du patient, etc. ;
- ne pas insister lorsque le patient ne veut pas faire l'action demandée, ne pas le raisonner ;
- laisser le patient se calmer lorsqu'il existe une agressivité verbale ou physique déclenchée par la présence de l'aidant.

4.2 Interventions non médicamenteuses

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

Dans le cadre de troubles du comportement, ces interventions n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité du fait de difficultés méthodologiques. La plupart de ces interventions avaient pour cible les troubles cognitifs. Elles sont, tant en ambulatoire qu'en institution, un élément de la prise en charge thérapeutique globale. Elles peuvent être proposées à titre individuel ou collectif et doivent être pratiquées par un personnel formé.⁷

4.3 Place d'un avis spécialisé

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

⁷ Recommandations professionnelles : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Mars 2008. Haute Autorité de Santé.
Expertise Collective Inserm. Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Octobre 2007.

4.4 Place de la contention physique

Les mesures de contention physique doivent rester exceptionnelles et relever exclusivement d'une prescription médicale⁸. La contention physique n'est envisageable qu'en cas d'échec des autres mesures environnementales, relationnelles et pharmacologiques et lorsqu'un danger élevé existe à très court terme dans l'attente des autres mesures. Elle doit alors être réalisée par des équipes maîtrisant parfaitement les conditions de sa mise en œuvre, sa surveillance devant obéir à un protocole précis établi.

En dehors d'une situation d'urgence exceptionnelle, il est recommandé de ne pas recourir à la contention physique à domicile.

4.5 Place de l'hospitalisation

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

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

Il est recommandé de recourir à une filière hospitalière directe avec laquelle des liens préalables auront été établis (par exemple avec une unité de soins de suite et de réadaptation cognitivo-comportementale ou un service de psychogériatrie), à défaut le patient sera adressé au service des urgences le plus proche.

Une fiche de transmission écrite doit accompagner le patient ou être transmise au préalable par télécopie. Elle doit préciser diverses informations : antécédents médicaux, traitement médicamenteux, troubles constatés, mode de survenue, mesures tentées et leurs effets, coordonnées de la personne à joindre. Ces informations sont indispensables pour un accueil optimal par le service receveur.

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

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

⁸ Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Anaes 2000.

4.6 Place de l'institutionnalisation

Le transfert en institution ne doit pas être vécu comme un échec de la prise en charge. Il est recommandé que ce transfert soit réfléchi et préparé à l'avance avec le patient et son entourage, sans attendre une situation d'urgence ou un épuisement de l'aidant. Il a pour objectif de procurer au patient un environnement de vie et de soins adapté à sa perte d'autonomie, rassurant et sécurisant pour lui et son entourage.

5 Interventions médicamenteuses

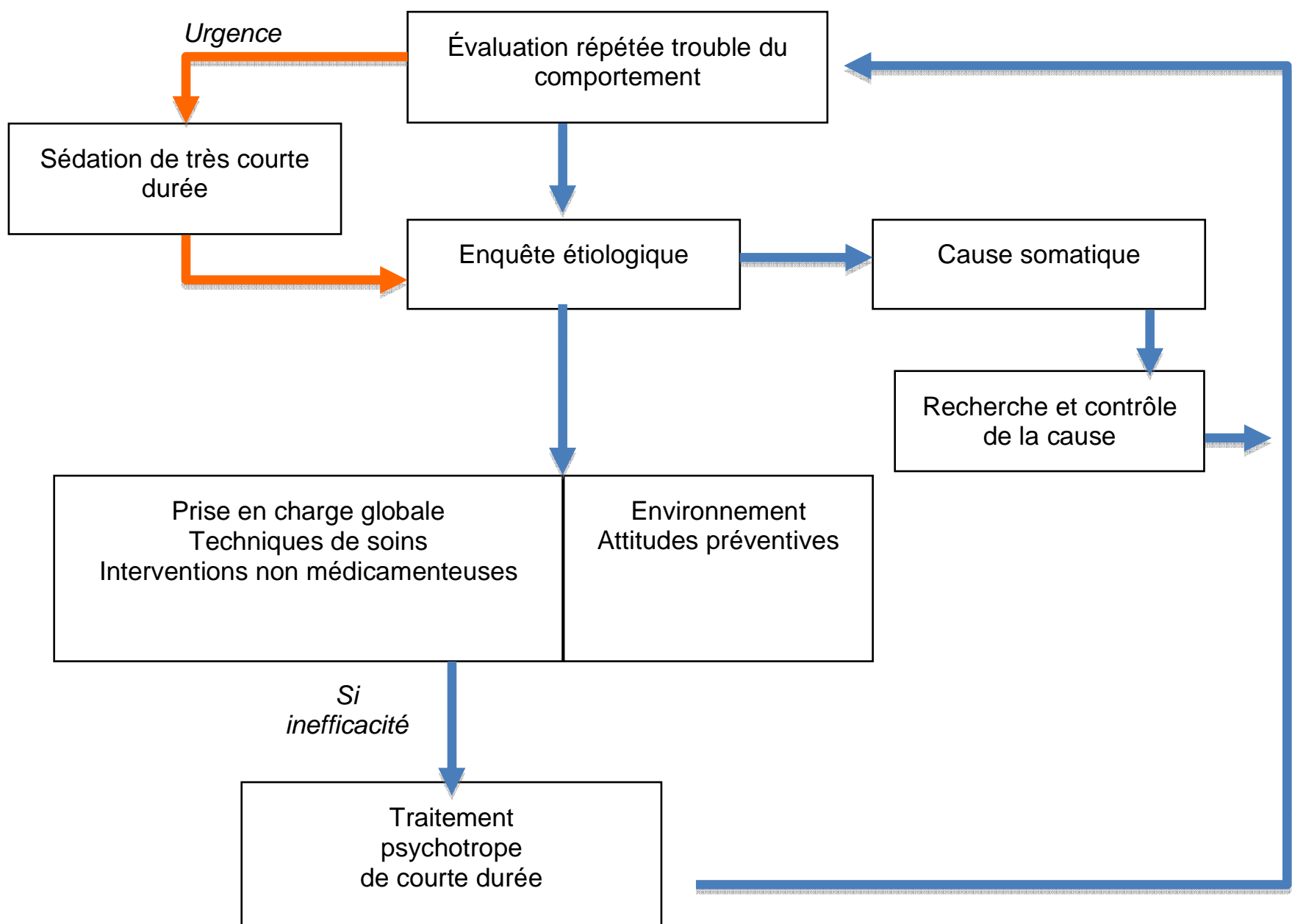
Un traitement par psychotrope ne doit pas être instauré si les symptômes sont d'origine somatique ou iatrogène.

Les psychotropes peuvent être utilisés lorsque les techniques de soins appropriées sont d'efficacité insuffisante, notamment quand la sévérité des troubles du comportement met en danger le patient, altère son fonctionnement, ou est une menace ou une source importante de souffrance pour son entourage. Il est recommandé de les utiliser en synergie avec les techniques de soins (cf. schéma 1).

Il n'est pas recommandé de prescrire en première intention et sans évaluation préalable un traitement par psychotrope en cas d'opposition, de cris, de déambulations.

Les psychotropes n'ont pas d'effet préventif sur la survenue des troubles du comportement.

Schéma 1. Arbre décisionnel du traitement des troubles du comportement perturbateurs



5.1 Médicaments ayant une indication spécifique pour le traitement de la maladie d'Alzheimer

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

Chez un patient pour lequel la prescription d'un traitement spécifique pour la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée n'a jamais été envisagée, celle-ci doit l'être dans le cadre de la prise en charge globale de la maladie en prenant en compte le rapport bénéfices/risques du médicament envisagé et dans le respect des autorisations de mise sur le marché (AMM)⁹.

5.2 Psychotropes

Il y a peu d'études contrôlées dans ce domaine. Les indications dans ces recommandations reposent sur un accord professionnel et sont le plus souvent hors AMM.

Il est recommandé de respecter certaines règles de prescription :

- recourir à un psychotrope seulement si les troubles du comportement persistent après contrôle de leurs causes secondaires (environnementales ou somatiques associées) et quand les techniques de soins ou interventions non médicamenteuses sont inefficaces ;
- revoir les prescriptions régulières et considérer les prises continues ou itératives comme potentiellement inutiles ou nocives ;
- documenter les cibles symptomatiques choisies et les impacts attendus avant d'instaurer le traitement ;
- choisir un produit en fonction des symptômes cibles, du risque d'effets secondaires ;
- privilégier la monothérapie ;
- démarrer à de petites doses, en augmentant prudemment par paliers, et maintenir le traitement à la dose efficace la mieux tolérée ;
- prescrire pour la plus courte durée possible, à l'exception des antidépresseurs (prescrire selon les recommandations de traitement des épisodes dépressifs caractérisés) ;
- choisir la forme galénique en fonction de l'acceptabilité du patient. La voie d'administration privilégiée doit être *per os*. Le recours à une forme injectable ne peut être fait qu'en cas de nécessité de traitement urgent d'un trouble et d'un risque majeur immédiat pour la sécurité, lorsque la voie *per os* n'est pas possible et lorsque la voie parentérale a été démontrée plus rapidement efficace ;
- réévaluer fréquemment les signes car les fluctuations sont caractéristiques des troubles du comportement. Une évaluation au début et à la fin prévue du traitement peut conduire à mal apprécier les troubles comportementaux et souvent ne garantit pas un traitement efficace ;
- ne modifier si possible qu'un seul traitement à la fois, si de nombreux produits sont utilisés et se révèlent non efficaces ;
- apprendre au patient et à la famille à repérer les effets positifs et indésirables du traitement.

► Les antidépresseurs

Des épisodes dépressifs caractérisés peuvent se traduire par certains troubles du comportement : instabilité émotionnelle, anxiété, impulsivité, agitation ou encore idées délirantes. Les antidépresseurs sont indiqués dans ce cas, et il est recommandé d'utiliser un antidépresseur sans effet cholinergique.

⁹ Recommandations professionnelles : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Mars 2008. Haute Autorité de Santé.

En cas de traitement de symptômes dépressifs, il est recommandé d'éviter ou de limiter les coprescriptions, notamment à visée sédatrice, anxiolytique ou hypnotique.

► **Les antipsychotiques classiques et atypiques**

Ils sont actifs sur les signes psychotiques, ainsi que sur l'agitation et l'agressivité qui en découlent.

Les antipsychotiques atypiques et classiques exposent à un risque plus élevé de décès et d'accidents vasculaires cérébraux.¹⁰ Leur usage est déconseillé chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Leur usage est fortement déconseillé dans la maladie à corps de Lewy pour les mêmes raisons et du fait de leurs effets secondaires neurologiques (effets extra-pyramidaux).

Avant toute prescription d'un antipsychotique, il est recommandé d'évaluer le rapport bénéfices/risques en tenant compte :

- de ses effets secondaires neurologiques extra-pyramidaux (akathisie, syndrome parkinsonien, dyskinésies tardives) ;
- du risque de :
 - chutes,
 - fausses routes alimentaires,
 - sédation excessive,
 - troubles métaboliques,
 - hypotension orthostatique,
 - troubles du rythme,
 - troubles de la conduction cardiaque ;
- de ses éventuels effets anticholinergiques (risque de troubles cognitifs, de constipation, de rétention urinaire).

Il est recommandé de ne prescrire un antipsychotique qu'en cas de trouble psychotique sévère et non contrôlable autrement, après échec des autres mesures non médicamenteuses ou en cas d'urgence (danger pour le patient lui-même ou pour autrui).

En cas de décision de prescription, il est recommandé de suivre les règles ci-dessous :

- évaluer systématiquement le risque d'événements cérébro-vasculaires, cardiaques, neurologiques, cognitifs et métaboliques ;
- identifier, documenter et quantifier systématiquement les symptômes cibles à corriger ;
- choisir l'antipsychotique après une analyse individuelle des bénéfices/risques : demi-vie courte, effet anticholinergique faible ;
- informer systématiquement le patient ou l'aidant sur le rapport bénéfices/risques du traitement ;
- utiliser systématiquement la posologie initiale la plus basse possible, de l'ordre du quart des posologies usuelles chez l'adulte jeune, puis l'augmenter progressivement si besoin ;
- prescrire le traitement pour une durée très limitée ;
- réévaluer systématiquement, au moins toutes les semaines, la tolérance physique, neurologique et cognitive et l'efficacité symptomatique ;
- arrêter les antipsychotiques dès que l'état clinique le permet ou dès que les autres mesures thérapeutiques sont devenues efficaces.

En cas de prescription d'un antipsychotique, un traitement d'une durée très limitée et à faible posologie de l'une des deux molécules les plus étudiées dans ce domaine peut être envisagé : rispéridone à une posologie de 0,25 mg à 1 mg par jour ou olanzapine à une posologie de 2,5 à 5 mg par jour (hors AMM). La clozapine a une indication spécifique pour le « traitement des troubles psychotiques survenant au cours de l'évolution de la maladie de

¹⁰ Afssaps. Communiqué de presse du 9 décembre 2008 sur la sécurité d'emploi des antipsychotiques classiques chez les patients âgés déments. Communiqué de presse du 9 mars 2004 sur la sécurité d'emploi des antipsychotiques atypiques chez les patients âgés atteints de démence.

Parkinson, en cas d'échec de la stratégie thérapeutique habituelle ». Sa prescription est limitée aux spécialistes (prescription initiale hospitalière annuelle réservée aux spécialistes en psychiatrie, en neurologie et en gériatrie, renouvellement possible par les spécialistes en psychiatrie, neurologie et gériatrie) et nécessite une surveillance hématologique stricte¹¹. Le risque d'événements indésirables graves, notamment une neutropénie, est à prendre en compte et invite à limiter la prescription de clozapine.

► Les anxiolytiques

Leur prescription doit être limitée aux situations de crise ou doit être de courte durée après correction des causes : somatiques, relationnelles, psychologiques ou iatrogéniques.

Il est recommandé d'utiliser des molécules à demi-vie courte et sans métabolite actif (cf. encadré 1). Ces produits, et notamment les benzodiazépines, présentent des risques qui doivent être pris en compte : sédation, agitation paradoxale, accentuation des troubles mnésiques, chute, syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal. Leur arrêt, lorsqu'il est envisagé, doit être progressif.

Le recours au méprobamate peut être envisagé en deuxième intention dans les crises aiguës, mais il ne doit s'agir en aucun cas d'un traitement au long cours.

Les antihistaminiques de type hydroxyzine doivent être évités en raison de leur effet anticholinergique.

Encadré 1. Anxiolytiques à demi-vie courte (< 20 heures) et sans métabolite actif par ordre alphabétique de DCI

DCI	Spécialité/dosage	Demi-vie*	Spécificités chez les personnes âgées
Alprazolam	XANAX® Comprimés à 0,25 et 0,50 mg	10 à 20 heures	Le métabolisme hépatique diminue, ainsi que la clairance totale, avec augmentation des concentrations à l'équilibre et des demi-vies. Il importe de diminuer les doses.
Clotiazépam	VERATRAN® Comprimés à 5 et 10 mg	4 heures	Le métabolisme hépatique diminue et donc la clairance totale avec augmentation des concentrations à l'équilibre, de la fraction libre et des demi-vies. Il importe alors de diminuer les doses.
Lorazépam	TEMESTA® Comprimés à 1 et 2,5 mg	10 à 20 heures	Paramètres pharmacocinétiques non modifiés.
Oxazépam	SERESTA® Comprimés à 10 et 50 mg	8 heures	Paramètres pharmacocinétiques non modifiés.

* demi-vie d'élimination plasmatique mesurée chez l'adulte

► Les hypnotiques

Leur prescription obéit aux mêmes recommandations que celles pour les anxiolytiques et leur usage doit être de courte durée après avoir tenté préalablement des mesures comportementales ou d'hygiène de vie. Si la prescription d'un hypnotique s'avère indispensable, il faut préférer des molécules à durée d'action courte (par exemple : zolpidem, zopiclone) et réévaluer régulièrement le traitement.

Il existe un risque d'hallucinations hypnagogiques ou diurnes chez les patients traités par zolpidem.

¹¹ Une surveillance particulière est nécessaire pendant le traitement : le médecin note sur l'ordonnance que l'hémogramme a été réalisé (date) et que les valeurs observées sont dans les limites des valeurs usuelles, et tient à jour un carnet de suivi fourni au pharmacien par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché.

Les hypnotiques qui contiennent dans leur composition une molécule neuroleptique (Théralène[®], Noctran[®], Mépronizine[®]) ne doivent pas être utilisés dans ce contexte.

► **Les thymorégulateurs**

Les données sont actuellement insuffisantes pour recommander la prescription des thymorégulateurs (sels de lithium, carbamazépine, valproate, divalproate) dans cette indication.

6 Suivi et prévention des troubles du comportement

La prévention des troubles du comportement doit reposer sur une stratégie développée et adaptée à chaque patient. Les actions générales de prévention concernent :

- l'information et le soutien aux aidants naturels ;
- la formation des professionnels ;
- l'environnement du patient, qui doit être le plus adapté possible à son état.

6.1 Soutien et information aux aidants

Les aidants naturels ne doivent pas rester seuls face aux problèmes de la maladie. L'aide aux aidants se décline autour de deux axes :

- soutien à l'aidant naturel, par :
 - le réseau amical et social,
 - les entretiens familiaux,
 - les groupes de parole,
 - les associations de familles ;
- diminution de la charge de travail de l'aidant naturel, en développant :
 - le service d'aides à domicile (intérêt d'un accompagnement social),
 - l'accueil de jour ou de nuit,
 - l'accueil temporaire.

Il est recommandé de les informer sur la maladie, les attitudes à privilégier dans chaque cas de troubles du comportement, sur les façons de faire visant à assurer le bien-être et la sécurité physique du patient, ainsi que celles permettant de mieux aider le patient pour ses activités de base. L'information doit être répétée et adaptée en fonction de l'évolution et du stade de la maladie.

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

- d'encourager leurs attitudes positives ;
- d'augmenter leur sentiment d'efficacité ;
- de diminuer leur sentiment de fardeau ;
- de favoriser leur bien-être ;
- de les aider à mieux utiliser les ressources humaines et matérielles potentielles ;
- de leur apprendre à identifier les symptômes d'épuisement ;
- de les encourager à prendre en charge leur santé physique et psychologique.

Il est recommandé d'encourager le maintien de bonnes relations interpersonnelles entre l'aidant et le patient. Ces interventions peuvent être communes à domicile et en établissements de soins ou médico-sociaux. L'aide à la résolution de problèmes, à la gestion des conflits interpersonnels, est applicable autant aux aidants naturels qu'aux professionnels.

6.2 Soutien et formation des professionnels

Il est recommandé que tous les professionnels soient formés sur les troubles du comportement (facteurs de risques, symptômes, etc.) et leur prévention.

Les intervenants professionnels doivent connaître les difficultés d'adaptation de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et le risque de situation de crise.

Les professionnels doivent être formés à des principes spécifiques d'aide, de bienveillance dans les soins, mais aussi de résolution de situations difficiles. Il faut développer la formation aux techniques de relation au patient, en particulier lors de certaines actions qui peuvent être l'occasion de troubles du comportement : actes de la vie quotidienne intime tels que repas, toilette, habillage. Ces techniques ont pour buts :

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

6.3 Environnement adapté au patient

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

Tout changement d'environnement représente un stress pour le malade et un temps d'adaptation est en général nécessaire. Ainsi, l'évaluation de l'adaptation à l'environnement doit être répétée dans le temps, car il s'agit d'un processus dynamique¹².

¹² L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Anesm. Février 2009.

Annexe 1. Inventaire neuropsychiatrique – NPI

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, JL Cummings, 1994

Traduction française PH Robert. Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice – France 1996

A. IDÉES DÉLIRANTES (NA)

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses ».

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

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

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

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

Important : les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement (l'utilisation de médicaments « à la demande » indique que les idées délirantes ont un degré de gravité important). **3**

RETENTISSEMENT

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

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

B. HALLUCINATIONS (NA)

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

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

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

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

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

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

RETENTISSEMENT

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

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

C. AGITATION/AGRESSIVITÉ (NA)

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

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

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essayent de s'occuper de lui/d'elle

ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?

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

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

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

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

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

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

RETENTISSEMENT

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

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

D. DÉPRESSION/DYSPHORIE (NA)

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

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif.

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

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

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

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

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

RETENTISSEMENT

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

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

E. ANXIÉTÉ (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus ?
2. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?
3. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?
4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le cœur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)
5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple circuler en voiture, rencontrer des amis ou se trouver au milieu de la foule ?
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous (ou de la personne qui s'occupe de lui/d'elle) ? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e)) ?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

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

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

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

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

RETENTISSEMENT

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

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

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

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

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se) par rapport à son état habituel ?

2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôles ?

3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?

4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?

5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?

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

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

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

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

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

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

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

RETENTISSEMENT

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

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

G. APATHIE/INDIFFÉRENCE (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

DEGRÉ DE GRAVITÉ

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

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

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

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

RETENTISSEMENT

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

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

H. DÉINHIBITION (NA)

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

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?

2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel, chose qu'il/elle n'aurait pas faite habituellement ?
5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général, en public ?
6. Le patient/la patiente prend-il/elle des libertés, touche-t-il/elle les gens ou les prend-il/elle dans ses bras d'une façon qui lui ressemble peu ?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

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

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

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

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

RETENTISSEMENT

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

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

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

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

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

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

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

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

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

RETENTISSEMENT

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

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

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

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

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond dans la maison sans but apparent ?
 2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?
 3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?
 4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives ou des « manies » qu'il/elle recommence sans cesse ?
 5. Le patient/la patiente a-t-il/elle des gestes répétitifs comme par exemple tripoter des boutons ou des choses, enrouler de la ficelle, etc. ?
 6. Le patient/la patiente a-t-il/elle trop la bougeotte, semble-t-il/elle incapable de rester tranquillement assis(e) ou lui arrive-t-il fréquemment de balancer les pieds ou de tapoter des doigts ?
 7. Y a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?
- Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant.

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

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

Léger : le comportement moteur aberrant est perceptible mais il a peu de conséquences sur les activités quotidiennes du patient/de la patiente. **1**

Moyen : le comportement moteur aberrant est flagrant mais il peut être maîtrisé par la personne

s'occupant du patient/de la patiente. **2**

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

RETENTISSEMENT

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

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

K. SOMMEIL (NA)

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

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

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

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

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

RETENTISSEMENT

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

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

L. APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT (NA)

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient/la patiente est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

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

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

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

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

RETENTISSEMENT

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

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

NPI

Nom : _____ Âge : _____ Date de l'évaluation : _____

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = fréquence x gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

Score total 12

Annexe 2. Inventaire neuropsychiatrique - Réduit (NPI-R)

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

PRÉSENCE :

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

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

RÉCAPITULATIF

Nom du patient :

Âge :

Date de l'évaluation :

Type de relation avec le patient :

X très proche/prodigue des soins quotidiens

X proche/s'occupe souvent du patient

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

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

IDÉES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il/elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses ? »

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

HALLUCINATIONS

« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? »

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

AGITATION/AGRESSIVITÉ

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

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

DÉPRESSION/DYSPHORIE

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

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

ANXIÉTÉ

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? A-t-il/elle peur d'être séparé(e) de

vous ? »

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

EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ?

Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

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

APATHIE/INDIFFÉRENCE

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

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

DÉSINHIBITION

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ?

Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? »

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

IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ?

Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? »

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

COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

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

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

SOMMEIL

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil ?

(ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)

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

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

APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires ?

(Coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)

Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

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

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

NPI-R : Questionnaire version réduite/traduction française PHRobert- 2000.

Annexe 3. Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)

Instructions

BUT

Le but de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

L'INTERVIEW DU NPI-ES

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

Le but de l'interview

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

Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation)

Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par « oui » ou « non »

Il est important de :

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

QUESTIONS DE SÉLECTION

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

A. IDÉES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses. »

B. HALLUCINATIONS (NA)

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

C. AGITATION/AGRESSIVITÉ (NA)

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

D. DÉPRESSION/DYSPHORIE (NA)

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

E. ANXIÉTÉ (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

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

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

G. APATHIE/INDIFFÉRENCE (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

H. DÉSINHIBITION (NA)

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

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

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

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

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

K. SOMMEIL (NA)

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange le sommeil des proches ? »

L. APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT (NA)

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

SOUS-QUESTIONS

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

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

NON APPLICABLE

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

FRÉQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

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

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

GRAVITÉ

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

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

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

Le score du domaine est déterminé comme suit :

score du domaine = fréquence x gravité

RETENTISSEMENT

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative au :

retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant.

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

0. Pas du tout

1. Perturbation minimum :

presque aucun changement dans les activités de routine.

2. Légèrement :

quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.

3. Modérément :

désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.

4. Assez sévèrement :

désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.

5. Très sévèrement ou extrêmement :

très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

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

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

En pratique clinique l'élément le plus pertinent à retenir est le score fréquence x gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique).

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

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

Annexe 4. Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI - *Cohen-Mansfield Agitation Inventory*)

Date :

Nom et prénom du patient :

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant – autre)

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

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

Non évaluable : 0

Jamais : 1

Moins d'une fois par semaine : 2

Une ou deux fois par semaine : 3

Quelquefois au cours de la semaine : 4

Une ou deux fois par jour : 5

Plusieurs fois par jour : 6

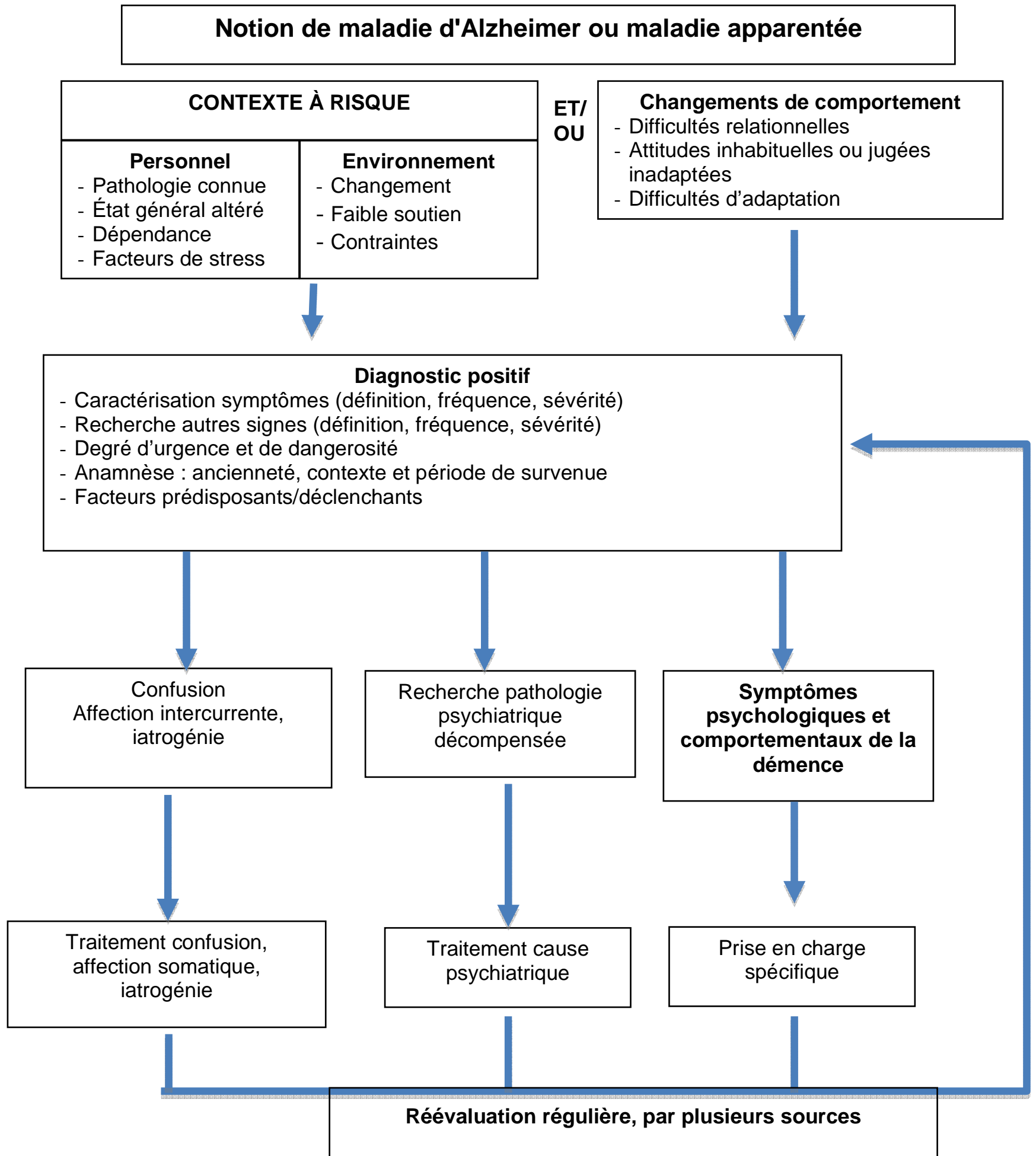
Plusieurs fois par heure : 7

Version française traduite et validée par Micas M, Ousset PJ, Vellas B.

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Référence : Micas M, Ousset PJ, Vellas B. Évaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle de Cohen-Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997 : 151-157.

Annexe 5. Arbre décisionnel



Méthode *Recommandations pour la pratique clinique*

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

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

► Choix du thème de travail

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

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

► Comité d'organisation

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

► Groupe de travail

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

► Rédaction de la première version des recommandations

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

► Groupe de lecture

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

► Version finale des recommandations

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

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

► **Validation par le Collège de la HAS**

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

► **Diffusion**

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

► **Travail interne à la HAS**

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

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

► **Gradation des recommandations**

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

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

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

Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

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

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)*

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)*

Association des neurologues libéraux de langue française (ANLLF)*

Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE)*

Collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR)

Collège national des généralistes enseignants (CNGE)*

Collège de soignants de la société française de gérontologie et de gériatrie (CSSFGG)

Collège français de médecine d'urgence (CFMU)*

Collège professionnel des gériatres français (CPGF)*

Direction générale de la santé (DGS)*

Fédération française de neurologie (FFN)*

Fédération française de psychiatrie (FFP)*

Fédération française des psychomotriciens (FFP)*

Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ffamco-Ehpad)*

France Alzheimer*

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Organisme agréé Prat-Psy du Collège national universitaire de psychiatrie (OA Prat-Psy – Cnup)*

Plan Alzheimer

Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar)*

Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG)*

Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG)*

Société française de médecine générale (SFMG)

Société française de médecine d'urgence (SFMU)*

Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG)

Société française de neurologie (SFN)*

Société française de pharmacie clinique (SFPC)*

Société de psychogériatrie de langue française (SPLF)*

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

Comité d'organisation

Dr Carlet Jean, directeur médical, DAQSS, HAS, Saint-Denis

Dr Desplanques Armelle, chef de service, UPP, HAS, Saint-Denis

Dr Dosquet Patrice, chef de service, SBPP, HAS, Saint-Denis

Mme Iazard Valérie, chef de projet, SEM, HAS, Saint-Denis

Dr Laurence Michel, chef de projet, SBPP, HAS, Saint-Denis

Mme Lombry Yasmine, aide-documentaliste, service documentation, HAS, Saint-Denis

Dr Revel-Delhom Christine, chef de projet, SBPP, HAS, Saint-Denis

Mme Riolacci Nathalie, chef de projet, UPP, HAS, Saint-Denis

Pr Bakchine Serge, neurologue, Reims

Dr Batard Éric, médecin urgentiste, Rezé

Dr Bazin Nadine, psychiatre, Versailles

Dr Benoît Michel, psychiatre, Nice

Pr Carpentier Françoise, médecin urgentiste, Grenoble

Pr Chassagne Philippe, gériatre, Rouen

Dr De Facq Pierre, neurologue, Armentières

Dr Deguines Catherine, Afssaps, Saint-Denis

Dr Delabrousse-Mayoux Jean-Philippe, neurologue, Bergerac

M. Dupont Olivier, DGS, Paris

Dr Gervais Xavier, médecin coordonnateur en EHPAD, Le Bouscat

M. Lefèvre Christophe, psychomotricien, Corneilles-en-Parisis

Dr Legrain Sylvie, gériatre, Paris

Dr Lequeux Yves, médecin généraliste, Saint-Père-en-Retz

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

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

Groupe de travail

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

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

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

Groupe de lecture

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

Dr Haglon Duchemin Corinne, gériatre, médecin coordonnateur en EHPAD, Saint-Maur-des-Fossés
Dr Hazif-Thomas Cyril, psychiatre, Quimperlé
Dr Homeyer Pascale, neurologue, Aubenas
Mme Houdant Anne, ergothérapeute, Paris
Pr Huez Jean-François, médecin généraliste, Trelazé
Dr Hugonot-Diener Laurence, gériatre, Paris
Melle Hynaux Isabelle, ergothérapeute, Besançon
Dr Jacquin-Mourain Nicole, gériatre, Paris
Pr Jalenques Isabelle, psychiatre, Clermont-Ferrand
M. Lamarche Jean, pharmacien d'officine, Paris
Dr Lenoc-Soudani Martine, gériatre, Paris
Dr Maheut-Bosser Anne, psychogériatre, Nancy
Dr Marais Patrick, médecin généraliste, Tillières
Dr Neuschwander Philippe, neurologue, Lyon
M. Nouvel Fabrice, ergothérapeute, Nîmes
Dr Nubupko Philippe, psychiatre/psychogériatre, Saint-Vaury
Dr Oddos Bernard, gériatre, Soulac-sur-Mer
Dr Pain Laure, anesthésiste-réanimateur, Strasbourg
Dr Patat Georges, gérontologue, Maurepas
M. Personne Michel, psychologue, Tours
Dr Petit Michel, psychiatre, Sotteville-les-Rouen

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

Dr Petitpré Jean, gériatre, représentant de France Alzheimer, Paris
Dr Planques Bernard, gériatre, Septeuil
Dr Poch Bernard, psychogériatre, Dax
Pr Rainfray Muriel, gériatre, Bordeaux
Pr Rigaud Anne-Sophie, gériatre, Paris
Pr Robert Philippe, psychiatre, Nice
Dr Roche Jean, psychogériatre, Lille
Mme Rose Séverine, psychologue, Paris
M. Rousseau Thierry, orthophoniste, Sablé-sur-Sarthe
Dr Ruault Geneviève, médecin généraliste, Saint-Cloud
M. Semenzato Patrick, chef de projet, HAS, Saint-Denis

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

Fiche descriptive des recommandations

TITRE	Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectifs	<ul style="list-style-type: none">• d'homogénéiser les pratiques en termes de diagnostic, de prévention et de traitement des troubles du comportement perturbateurs ;• de promouvoir les techniques de soins non médicamenteuses ;• d'éviter les prescriptions inappropriées, systématiques ou prolongées de psychotropes, en particulier de sédatifs et de neuroleptiques.
Professionnel(s) concerné(s)	Gériatres, psychiatres, médecins généralistes, neurologues, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, pharmaciens, travailleurs sociaux, services d'aide à domicile et toute personne intervenant auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée
Demandeur	Plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 15) HAS. Programme pilote « Prescription médicamenteuse chez la personne âgée »
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Michel Laurence chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Patrice Dosquet) Secrétariat : Mme Sladana Praizovic Recherche documentaire : Mme Emmanuelle Blondet avec l'aide de M ^{elle} Yasmine Lombry (chef du service documentation : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (président : Pr Fati Nourhashemi, gériatre, Toulouse), groupe de lecture : cf. liste des participants Les participants au comité d'organisation et au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS
Recherche documentaire	De 1998 à mai 2009 (cf. stratégie de recherche documentaire dans l'argumentaire)
Auteurs de l'argumentaire	Dr Michel Benoît, psychiatre, Nice
Validation	Avis du comité de la HAS chargé de la validation des recommandations Validation par le Collège de la HAS en mai 2009
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire scientifique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Synthèse et argumentaire téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr